

Publieke gezondheid in de regio Groningen

Ontwikkelperspectief 2017-2022

31 maart 2016

GGD Groningen

Concept ter bespreking in AB PG&Z

15 april 2016

Inhoud

Hoofdstuk 1	Inleiding	4
	Leeswijzer	4
Hoofdstuk 2	Verkenning van het domein Publieke Gezondheid	5
	a. Landelijk kader.....	5
	b. Staat van GGD Groningen	6
	c. Sterkte/zwakte analyse	8
Hoofdstuk 3	Omgevingsanalyse	9
	a. Gemeentelijke schaal en herindeling	9
	b. Samenhang in het sociaal domein	9
	c. Jeugdgezondheidszorg.....	11
	d. Beschermingstaken	11
	e. Samenhang met de veiligheidsketen	12
	f. Governance	12
Hoofdstuk 4	Scenariostudies.....	13
	a. Inleiding	13
	b. Uitgangspunten	13
	c. Korte samenvatting van de scenario's.....	14
4.1	Scenario Romp.....	17
	a. Beschrijving.....	17
	b. Uitgangspunten	17
	c. Consequenties	17
	d. Omvang formatie en financiële kengetallen	19
	e. Governance	20
	f. Doorontwikkeling.....	20
4.2	Scenario Romp+.....	21
	a. Beschrijving.....	21
	b. Uitgangspunten	21
	c. Consequenties	22
	d. Omvang formatie en financiële kengetallen	23
	e. Governance	24
	f. Doorontwikkeling.....	24
4.3	Het scenario Transformatie.....	25
	a. Beschrijving.....	25

b. Uitgangspunten	25
c. Consequenties	26
d. Omvang formatie en financiële kengetallen	27
e. Governance	28
f. Doorontwikkeling.....	29
4.4 Scenario Sociaal Medisch Dienstencentrum	30
a. Beschrijving.....	30
b. Uitgangspunten.....	30
c. Consequenties	30
d. Omvang formatie en financiële kengetallen	32
e. Governance	33
f. Doorontwikkeling.....	33
Bijlage 1 Overzicht huidige taakvelden GGD	34
Bijlage 2 Overzicht beschikbare budgetten en formatie GGD per scenario	34
Bijlage 3 Proces.....	34
Bijlage 3 Verklarende afkortingen:.....	35

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.

Naar verwachting zal het eerste halfjaar van 2016 nodig zijn om tot een afgewogen advies te komen dat op voldoende bestuurlijk draagvlak kan rekenen. Aangezien deze opdracht raakt aan de (door)ontwikkeling van belendende beleidsterreinen als de WMO, de Participatiewet, de Jeugdwet, de Veiligheidswet en het Passend Onderwijs (voor welke terreinen soortgelijke exercities lopen of in het verschiet liggen), is er een zeker risico op interferentie en mogelijke vertraging in de besluitvorming. Volgens planning zal de tweede helft van 2016 worden gebruikt voor bespreking van het voorkeursscenario in de gemeenten. Definitieve keuzes moeten voor 1-1-2017 zijn gemaakt, om deze om te kunnen zetten in daden (o.a. gemeentelijke begrotingen). Verder zal 2017 worden benut om de voorbereidingen voor resulterende verandering/implementatie van het gekozen scenario in gang te zetten, zodat begin 2018 de uitvoering van het domein publiek gezondheid nieuwe stijl van start kan.

Leeswijzer

Het volgende hoofdstuk van deze rapportage heeft een verkennende insteek.

We gaan in op het wettelijk kader voor het domein Publieke Gezondheid, schetsen een beeld van de huidige stand van zaken rond dit domein in de regio Groningen (inclusief een productbeschrijving) en doen een korte omgevingsanalyse. In het daaropvolgende hoofdstuk geven we een eerste uitwerking van een viertal scenario's.

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 (brief 4 december 2015, gericht aan de Tweede Kamer) is recent verschenen.

Deze begint met de constatering dat het de goede kant opgaat met de gezondheid in Nederland, welk oordeel mede gebaseerd is op de recente Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM (2014).

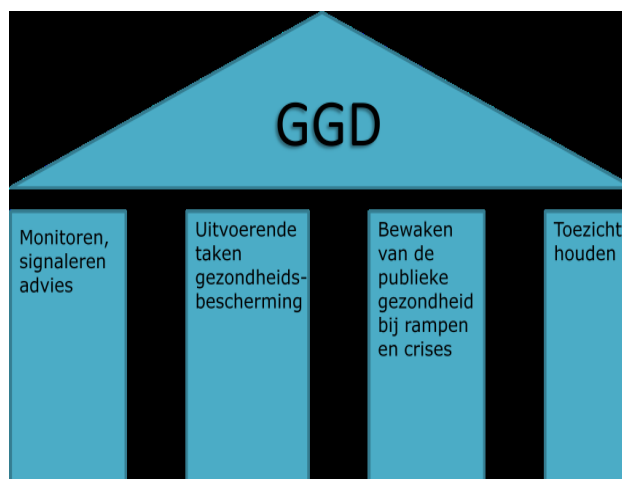
Enkele statements uit deze landelijke Nota Gezondheidsbeleid:

- 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 prominenter 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.

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 nauwgezet in de Wet Publieke Gezondheid (WPG, 2008) vastgelegd. Deze wet 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.

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 (zie schema hiernaast). 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. 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.

b. Staat van GGD Groningen

GGD 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.

De 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 sinds 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 heeft in 2016 een personele begroting van ca. 340 formatieplaatsen en telt ca. 450 medewerkers. Het personeel van GGD Groningen is rechtspositioneel ondergebracht bij de gemeente Groningen. Het grootste deel van de inkomsten (ca. 30 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 geeft een overzicht van de huidige taakvelden van GGD Groningen.

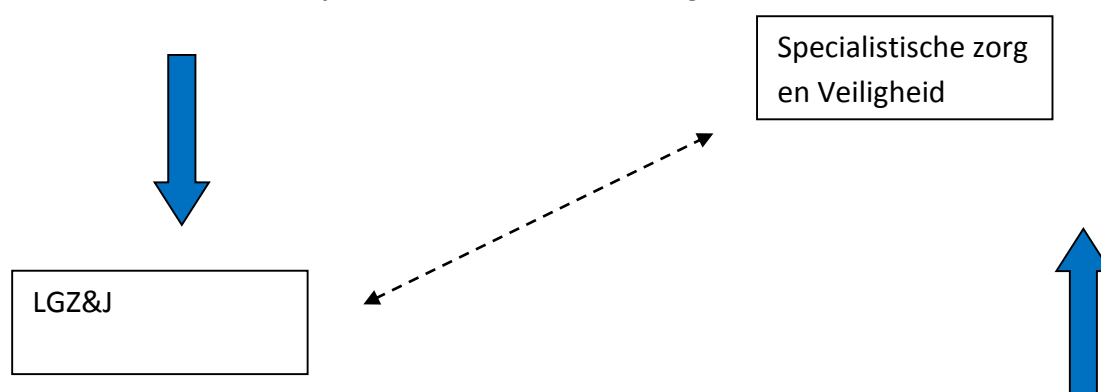
GGD Groningen kent op dit moment een platte organisatiestructuur (13 afdelingsmanagers direct ressorterend onder de DPG; de managers geven leiding aan ca. 25 teams). Het segment JGZ is met ca. 50 spreekuurlocaties en ca. 300 medewerkers (ca. 200 fte) de grootste poot van de GGD. De teams Technische Hygiëne Inspectie, Medische Milieukunde, Infectieziektenbestrijding, Forensische geneeskunde, seksuele gezondheid (SOA/Sense), Tuberculosebestrijding, GHOR en Reizigersadviesvormen met elkaar de specialistische tak van de GGD.

Daarnaast is er een afdeling Advies en Beleid (epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering), het Servicecentrum (afsprakenbureau en publiekstelefoonlijnen), de zgn. inhoudelijke staf en een klein bedrijfsbureau. Binnen de GGD vraagt de publieke gezondheid voor asielzoekers (PGA) door de groeiende instroom toenemend 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 tijdelijk toegevoegd taak Toegang jeugdhulp met ca. 60 medewerkers, is het krachtenveld waarin de organisatie 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.



c. 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 in beeld vanwege onze goede performance (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 1921 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 als kritisch 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 vaak niet als 'gemeente-eigen' ervaren.

Ambtelijk is aangegeven dat dit te maken heeft met de GR-constructie, die de GGD op zekere afstand van de individuele gemeenten plaatst. Ook wordt benoemd 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 staan minder in de belangstelling van de individuele gemeenten, omdat zij volgens de gemeenten goed geborgd zijn (bestuurlijke conferentie 11 september 2015).

GGD Groningen heeft door zijn combinatie van specialistische en JGZ-taken de schaal om bij een uitbraak van bijv. Mexicaanse griep grootscheeps interventies 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 grote gemeente (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 gemeenten 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 kunnen 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 aardbelevingsproblematiek geeft daarbij extra problemen in de 12 gemeenten die binnen de zgn. contouregrenzen vallen.

Sinds enkele jaren wordt gewerkt aan een gemeentelijke herindeling, die niet nog niet volledig is uitgekristalliseerd en eerst vanaf 2018 tot resultaat 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 op onderdelen 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 mede verantwoordelijk wil blijven voelen voor het Ommeland.

b. Samenhang in het sociaal domein

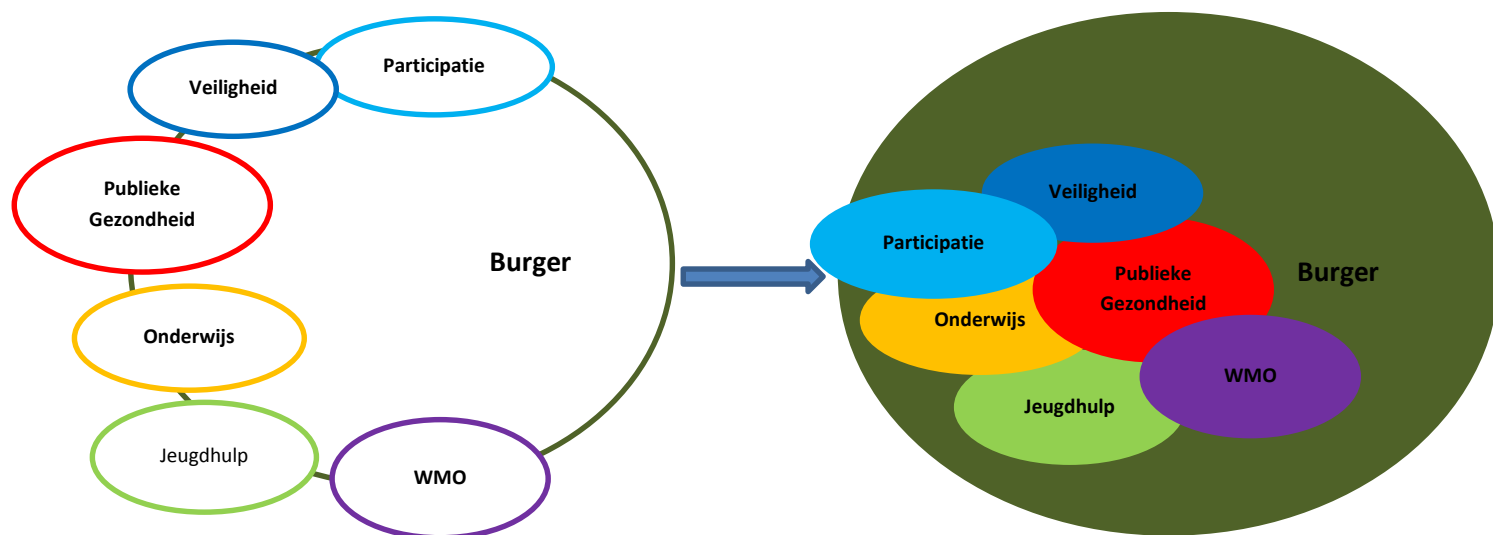
De publieke gezondheid is te beschouwen als een op zichzelf staand domein, maar is ook te beschouwen als onderdeel van het brede sociaal domein. Een korte beschouwing over dit thema: Kerntaak van de publieke gezondheid is preventie (breed te omschrijven als het streven naar leven in gezondheid). Op dit 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 zelfs 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 (sociaal-economische 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 van 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 makkelijk 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. Op dit moment heeft de JGZ in de regio Groningen een case load van ruim 140.000 kinderen, met een bereik van ca. 96% van de populatie.

De JGZ kan gerekend worden tot de voorliggende voorzieningen in het sociale domein. Het gaat om de preventieve functie voor alle kinderen, waarbij ook de meeste ouders worden gezien (de JGZ ziet daarmee bijna de helft van de bevolking van de hele regio!). Naast de preventieve taak die de JGZ uitoefent, heeft zij een belangrijke 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 vrijwel geen enkele gemeente die ervoor kiest de uitvoering van JGZ-taken in eigen beheer te doen. Indien een gemeente daarvoor wel zou kiezen is zij praktisch, professioneel en juridisch verantwoordelijk voor alle uitvoeringskwesties c.q. vervaagt 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, hygiënisch toezicht op kinderdagverblijven, medische milieukunde maar ook de rampenbestrijding (GHOR, crisistaak GGD), in zekere zin ook de forensische geneeskunde (arrestantenzorg, lijkschouwing) en de 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.

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.

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 (coördinatie van de 'witte kolom' in de veiligheidsketen). Onderdeel daarvan is de Psychosociale Hulp bij Rampen (PSH). Maar ook de preventieve openbare gezondheidszorg (POG) van de GGD raakt nauw aan het veiligheidsdomein (infectieziekten, tuberculose, 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; een evaluatie is gaande. De operationele en tactische samenwerking tussen GGD en VR is goed te noemen.

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, kennisfunctie) onder dezelfde noemer te brengen.

f. Governance

In enkele grote steden is 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 Scenariostudies

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 sociaal-geneeskundige 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.

- 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 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 als eigenstandige functie 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 gemeente kan veel extra inzet van mensen en middelen vergen op het gebied van hygiëne, TBC-bestrijding, JGZ en OGGZ, zowel op het gebied van preventie als 'nazorg'.

- 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. 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'). Denkbaar is dat na eerste discussie nog een vijfde of zesde scenario wordt toegevoegd.

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 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 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)	Omgevingsdienst (BRZO)	Licht Pedagogische Hulpverlening (LPH)	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 taken¹ die in het rompscenario bij de GGD horen 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 gemeente 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.

¹ 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 'zelf'regie/ 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 uitvoerings-varianten (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	

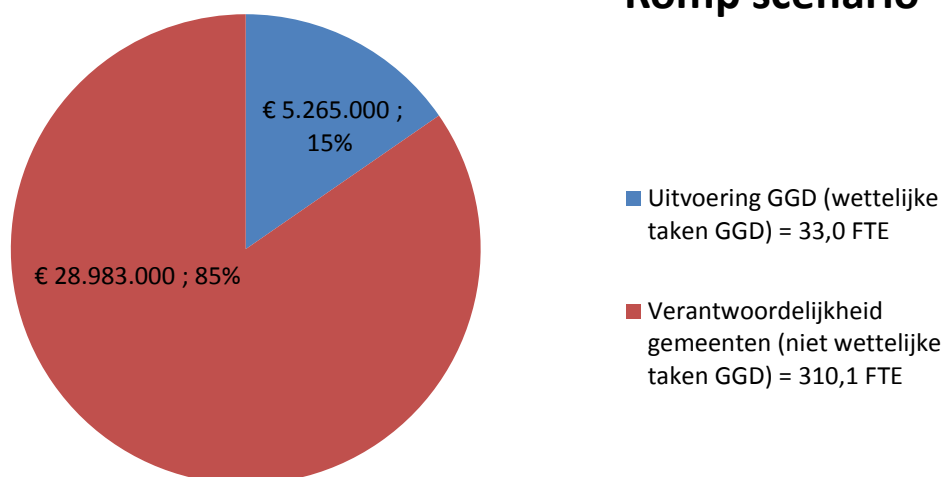
De ingevulde tabel geeft geen objectieve waarheden weer en is ook niet uitputtend!

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.

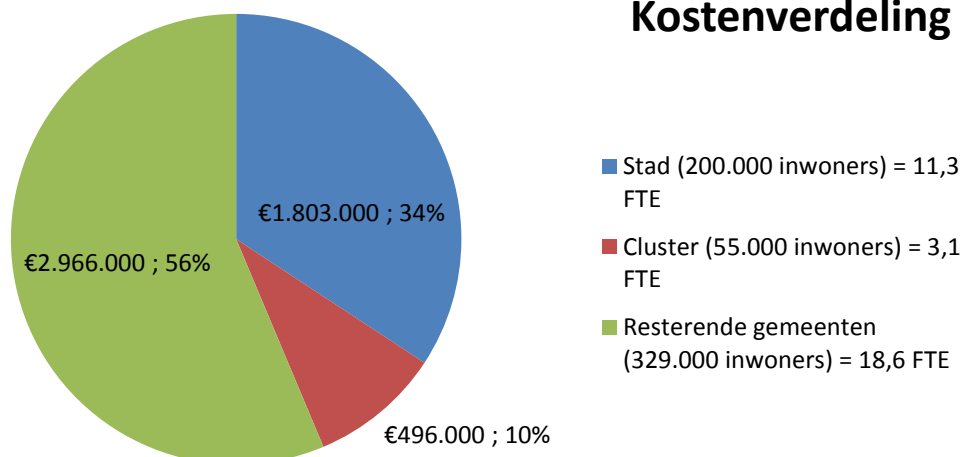
In onderstaand schema zijn de wettelijke taken van de GGD inzichtelijk gemaakt t.o.v. de huidige omvang van de taken die de GGD uitvoert. De formatieve omvang is zeer beperkt (ongeveer 33 fte).

Romp scenario



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.

Kostenverdeling



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

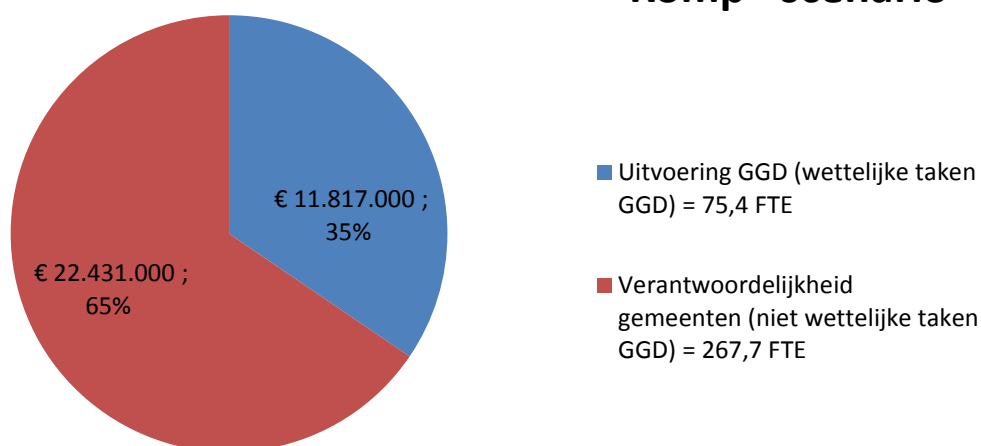
d. Omvang formatie en financiële kengetallen

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.

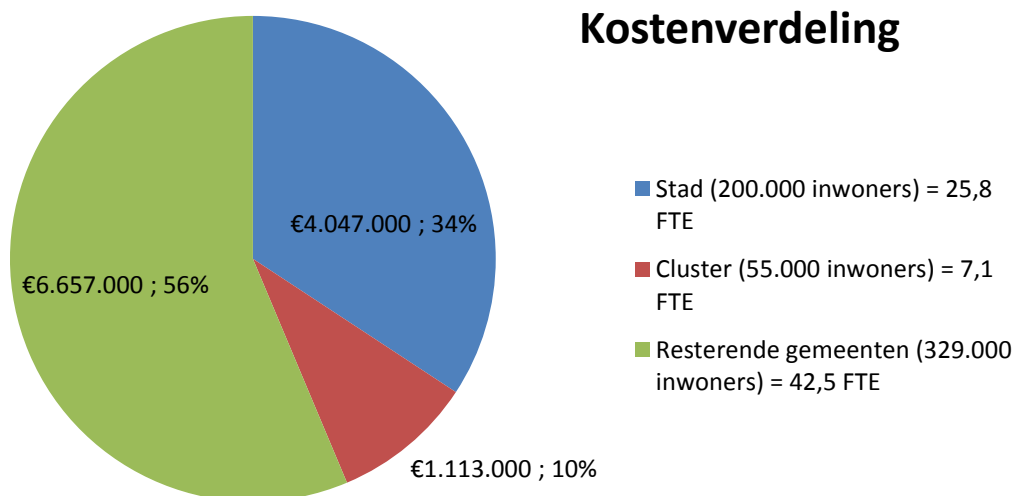
In het onderstaand schema zijn de taken van de GGD exclusief de JGZ, OGGz en Toegang inzichtelijk gemaakt t.o.v. de huidige omvang van de taken die de GGD uitvoert. De formatieve omvang van de GGD in dit scenario is beperkt, ca. 75 fte.

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 Het scenario Transformatie

a. Beschrijving

Het scenario Transformatie bevat naast de wettelijke GGD-taken, alle andere huidige taken van de GGD, zodanig 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 maximaal 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.

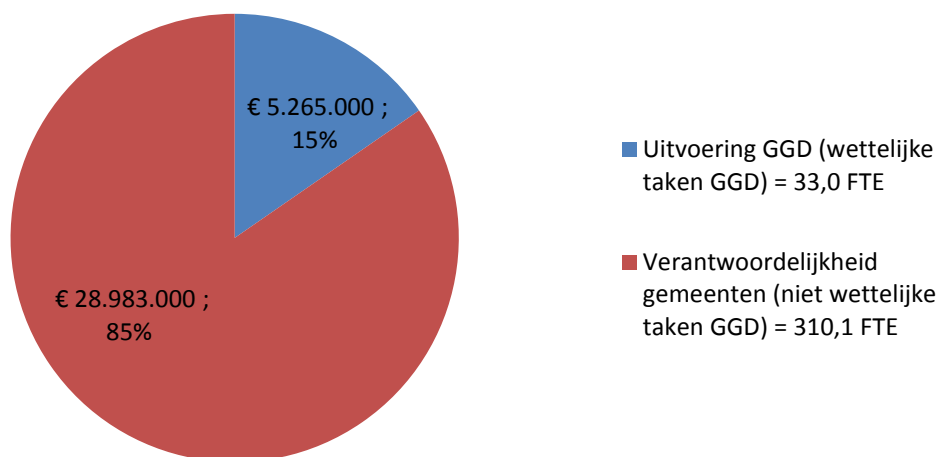
Consequenties	Gemeente individueel		GGD	
	Voordelen	Nadelen	Voordelen	Nadelen
Inhoudelijk	<p>Gemeente heeft maximale regie maar wordt geen uitvoerder</p> <p>Sluit goed aan bij de vormgeving van het sociaal domein</p> <p>GGD wordt een klantgerichte/productgestuurde organisatie</p> <p>Gemeenten hebben 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 en crisis en vaccinatieproces</p> <p>Uitvoering en advisering in een 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 en 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

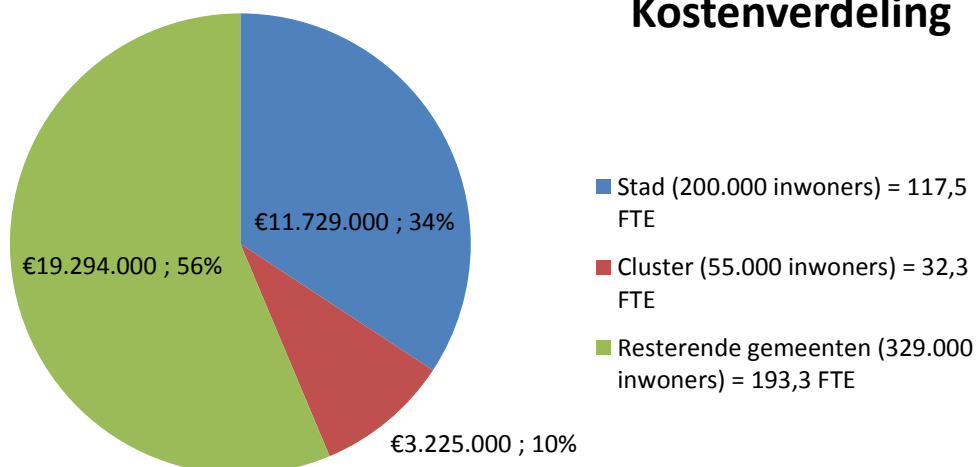
De omvang van de formatie van de GGD blijft in dit scenario hetzelfde als de huidige omvang. In het onderstaand schema wordt een onderscheid gemaakt tussen de wettelijke taken van de GGD en de taken waarvoor de gemeenten verantwoordelijk zijn.

Transformatie scenario



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) ten opzichte van de resterende gemeenten ligt op ongeveer 10%.

Kostenverdeling



Een kostenbesparing van ongeveer 1 % levert in dit scenario de gemeenten gezamenlijk €342.000 op. Een efficiencybesparing van ca. 5% (ca. 1.7 miljoen euro) lijkt mogelijk te realiseren op een termijn van twee of drie jaar. Nadere besparingen zijn te realiseren door taken te schrappen. Gemeenten zullen dan moeten aangeven welke taken zij niet meer wensen.

e. Governance

Gezien de omvang van de organisatie in dit scenario (ca. 340 fte) is het goed 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. 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.

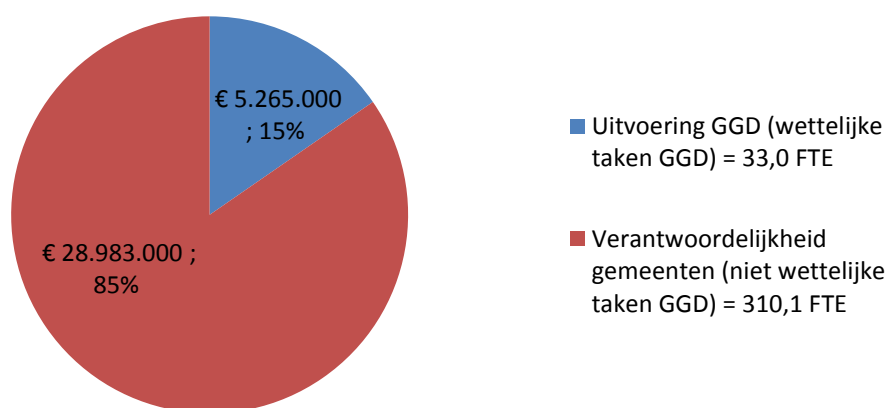
Consequenties	Gemeente individueel		GGD	
	Voordelen	Nadelen	Voordelen	Nadelen
Inhoudelijk	<p>Meer(zelf) regie</p> <ul style="list-style-type: none"> – De gemeenten kunnen door eigen producten te kiezen hun eigen sociaal domein inrichten. – Meer zeggenschap over uitvoering – meer gemeentelijk maatwerk <p>Gemeenten bepalen welke expertise de GGD moet hebben</p> <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 inzetten	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>Verantwoording 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>		Financiering 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 in 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% (ca. 1,7 miljoen euro) kunnen realiseren.

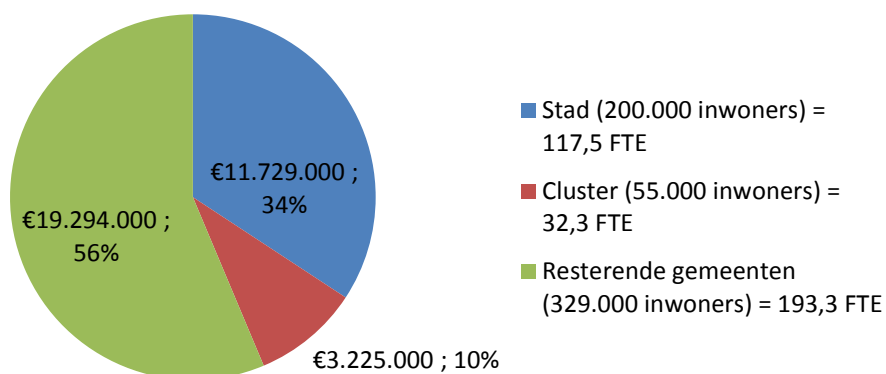
Sociaal Medisch Dienstencentrum scenario



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.

Bijlage 1 Overzicht huidige taakvelden 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 budget	Romp formatie	Romp+ budget	Romp+ formatie	Transforma tie budget	Transforma tie formatie	SMD max budget	SMD max formatie	SMD gemiddeld budget	SMD gemiddeld formatie	SMD min budget	SMD min 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
Reizigersadviesing				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						4.501.909	57,0	4.501.909	57,0	2.250.955	28,5		
nieuwe taken						-		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	20 mei - conferentie 8 juli
besluitvormingsfase implementatie scenario	25 augustus 3 november	9 september 18 november	14 oktober 9 december

Bijlage 3 Verklarende afkortingen:

AZC	= Asielzoekerscentrum
CJG	= Centrum Jeugd en Gezin
COA	= Centraal Orgaan Asielzoekers
GHOR	= Geneeskundige Hulpverlenings Organisatie in de Regio
GR PG&Z	= Gemeenschappelijk 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