



Bezuinigen op de publieke gezondheid

De GGD voert als gemeentelijke dienst de collegetaken uit voor de [publieke gezondheid](#). Gemeentelijke bijdragen: bijna € 31 miljoen. In 2012 en 2013 bezuinigde de GGD, op verzoek van de gemeenten, € 1,7 miljoen. En ook in 2014 en 2015 bezuinigde hij om autonome ontwikkelingen te compenseren. Daarnaast leidde de integratie van de jeugdgezondheidszorg tot een structureel jaarlijks voordeel voor de gemeenten van € 600.000, gerealiseerd binnen de bedrijfsvoering. In totaal: bezuinigingen tot ongeveer 8%. Helaas werd onze GGD hierdoor minder weerbaar: de bezuinigingen eisten hun tol en verminderden de (innovatie)kracht.

De decentralisaties in het sociale domein staan voor de deur. Maar een aantal gemeenten moet ook bezuinigen. Zij vragen van hun GGD om daarin mee te bewegen: [trap op, trap af](#) met het Gemeentefonds.

Tegen deze achtergrond gaf het algemeen bestuur van de GGD ons de opdracht om voor 2016 en volgende jaren bezuinigingsopties neer te leggen tot 9% en daarbij te vertrekken vanuit de inhoud. De GGD maakte samen met een aantal bestuurders en ambtenaren een productenboek, met daarin bezuinigingsmogelijkheden en hun maatschappelijke effecten. Op basis van deze notitie en het productenboek kan het GGD-bestuur nu gezamenlijke keuzes maken.

Gezondheid telt

Als dagelijks bestuur vroegen wij om scenario's binnen dit productenpakket, opnieuw vanuit de inhoud en de opgaven waarvoor gemeenten nu staan. Hierna vindt u deze scenario's, vertaald in euro's en hun effect op het basispakket. Naast de *speerpunten* (zie blz. 3) waren de uitgangspunten:

- de transities zijn nog in volle gang en vragen om een GGD die doet wat nodig is; de bezuinigingen mogen de bijdrage aan dit proces niet belemmeren.
- de scenario's moeten een pakket vormen dat haalbaar is voor alle gemeenten. De kern van de gemeenschappelijke regeling is immers: de gemeenten [trekken samen op](#) in het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid. Daar horen ook afspraken bij over de aanpak van gezondheidsrisico's die overal spelen en het gezamenlijke basispakket dat daarvoor nodig is. Dit geldt ook voor het bezuinigingspakket: niet ieder voor zich, maar samen keuzes maken. Dit alles wordt versterkt door het feit dat gemeenten ook steeds meer als één regio optrekken.

In het basispakket behouden we de voordelen van een sterke GGD. Via de plustaken heeft een elke gemeente ruimte voor eigen/regionaal beleid: zij kan boven het basispakket extra taken inkopen.

Het dagelijks bestuur
van de GGD Hart voor Brabant

Gezondheid als basis

Gezondheid draagt direct bij aan het welbevinden van mensen en aan de leefbaarheid. Met een slechte gezondheid wordt meedoen lastig en wie meedoet, voelt zich gezonder. Een betere gezondheid is daarmee een belangrijke voorwaarde voor het slagen van de ambities in het sociale domein.

Voorkomen is beter dan genezen. Het is goed om ook bij de decentralisaties te kijken naar preventie.

In de gezondheidszorg verschuift het accent: van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Daardoor krijgen preventieve en publieke zorg meer aandacht.

Gemeenten hebben hier een belangrijke rol en werken daarin steeds meer (regionaal) samen. De decentralisaties geven hen de middelen én de mogelijkheden om zorg en preventie optimaal met elkaar te verbinden. Daarbij kunnen ze rekenen op hun eigen GGD: als professionele en flexibele partner die vraaggericht werkt.

De kerntaak van onze GGD is: het behalen van gezondheidswinst. Zijn competenties liggen bij het tijdig signaleren van gezondheidsrisico's en dan preventief in actie komen. Daarnaast is er een rol bij crises, als de (sociale) veiligheid in het geding is.

De transities vanaf 2015 hebben gevolgen voor het werk van de GGD: gemeenten vragen meer (lokale) inzet. Zie ook de VNG-informatiekaart [Meedoen is gezond!](#)

De [minister](#) wil de rol van de GGD versterken: in het sociale domein, bij de preventie en bij de aanpak van gezondheidsverschillen. Zij komt daarom met een stimuleringsprogramma met normen en best practices voor de aansluiting tussen de publieke gezondheidszorg en het sociale domein.

We vinden het belangrijk dat we samen met onze gemeenten actief blijven zoeken naar hoe we de kennis, de kracht én de taken van de GGD kunnen inzetten in het gemeentelijke beleid.

De GGD moet blijven aansluiten bij de ontwikkelingen in de gemeenten en bij de (nieuwe) gezondheidsrisico's en dat vraagt om innovatie: vooral in de samenwerking in het sociale veld en in het inzetten van de kennis over gezondheid.

Citaten uit de [kamerbrief](#) *Betrouwbare publieke gezondheid - gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en rijk*

"De GGD'en hebben (...) een spilfunctie in de publieke gezondheid. Niet alleen de gemeenten, als eigenaars en opdrachtgevers, hebben belang bij een goed functionerende GGD. Ook voor andere partijen is dit relevant, vooral als het gaat om medisch georiënteerde taken en het raakvlak met (sociale) veiligheid. Informatie over gezondheidsrisico's en acute bedreigingen, loopt vaak via de GGD naar bijvoorbeeld burgers, zorgverleners, peuterspeelzalen, scholen en bedrijven. Wanneer er specifieke kennis nodig is bij de uitvoering van concrete taken, wordt die door de GGD geleverd."

"De GGD heeft vanuit uitvoerende werkzaamheden zoals infectieziektebestrijding en meestal JGZ, maar ook vanuit epidemiologisch onderzoek en monitors veel kennis over gezondheid en welzijn van de bevolking en de fysieke en sociale omgeving. Door het bijeenbrengen van deze informatie ondersteunt de GGD gemeenten bij het beleid in het sociale domein. De GGD kan bijvoorbeeld vanuit haar kennis over de gezondheid van de bevolking, gemeenten adviseren over de inhoud/aard en de hoeveelheid in te kopen zorg op het gebied van preventie, jeugdhulp, zorg en welzijn.

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

Richting voor de GGD

De gemeenten gaan de zorg en ondersteuning voor hun inwoners organiseren en kunnen daarbij profiteren van de kennis van hun GGD. Ze willen daarbij [inzicht](#) hebben in de gezondheid van hun inwoners. Zo weten ze wie risico's loopt en waar de grootste gezondheidsproblemen liggen. Hier heeft de publieke gezondheid een belangrijke rol.

Het verbinden van medische kennis en sociale context is voor onze GGD een kernkwaliteit. Hij is gewend om samen te werken met partijen binnen en buiten de zorg en heeft – door zijn gemeenschap-pelijke regeling – een hechte relatie met de gemeenten. De GGD heeft hierdoor een aanjaagfunctie in de brede aanpak van gezondheid in het sociale domein. Maar dat gaat niet vanzelf. De GGD moet zelf nog veranderen, ook al is er al veel bereikt in het project *GGD dichtbij*. De GGD moet bestaande werkwijzen kritisch bekijken en zo nodig vervangen door nieuwe. Het 'hands-on' profiel blijft, door het geven van advies en preventieve zorg aan burgers. Maar de GGD moet in de komende jaren – meer dan vroeger en samen met zijn partners – inzetten op onderzoek en innovatie. Hierin moet de GGD nog de nodige stappen zetten.

Speerpunten

Uit [onderzoek](#) naar de publieke gezondheid blijkt dat GGD'en nog geen echte positie hebben in het sociale domein, terwijl belangrijke onderdelen van de publieke gezondheid hier toch op zouden moeten aansluiten. Ook het rijk wil de pijlers van de GGD'en waar nodig versterken en noemt daarbij onder andere de centrale rol van de monitoring en epidemiologie en de adviesfunctie van GGD.

In 2011 benoemde het algemeen bestuur als speerpunten voor de GGD:

1. *gelijke kansen*: door het terugdringen van gezondheidsachterstanden;
2. *gezonde omgeving*: door te zorgen voor een gezonde en fysieke en sociale omgeving;
3. *vitale bevolking*: door te investeren in preventie en vroegsignalering.

Deze speerpunten willen we verbinden met de maatschappelijke opgaven, zoals die ook blijken uit de vragen van een aantal gemeenten:

- betere informatie: op maat, over de wijk en op momenten dat er behoefte aan is;

Uit het [eindrapport](#) *Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD*:

"5.3 Kansen voor de publieke gezondheid in het sociaal domein

In de ontwikkeling van het sociaal domein in gemeenten kan een sterkere publieke gezondheid een belangrijke toegevoegde waarde hebben. Op voorhand zien we op twee terreinen mogelijke kansen voor een sterkere publieke gezondheid, c.q. GGD in het sociaal domein.

*In de eerste plaats hebben gemeenten via de **kennis- en onderzoeksfunctie** van de GGD een belangrijk instrument in handen om sturing en regie te voeren op het sociaal domein. GGD'en beschikken op grond van hun rol over (epidemiologische) gegevens die een belangrijke basis bieden om op grond van feitelijk inzicht te kunnen sturen ten aanzien van het zorgveld.*

*Ten tweede biedt een sterke positie van de publieke gezondheidszorg de gemeenten een basis om betere **verbindingen** te leggen met het zorgveld (en de zorgverzekeraars als belangrijke regisseur ervan). Wanneer gemeenten – via de publieke gezondheid – een krachtige rol kunnen spelen in de zorg en in zorgnetwerken, krijgt de gemeente een zichtbaarder positie en ontstaan extra mogelijkheden om een actievare rol te spelen ten aanzien van het private zorgveld. Zo kan de gemeente via een sterkere (regie op) jeugdgezondheidszorg effectief beleid proberen te voeren ten aanzien van de Jeugd-GGZ (bijvoorbeeld via intensiever contact met de huisartsen). (...)"*

- betere adviezen, zodat de gemeenten haar middelen zo effectief mogelijk kan inzetten;
- aandacht voor kwetsbaren: vooral mensen met een lage sociaaleconomische status en ouderen. Juist bij hen kan de gezondheid een belemmering zijn voor het meedoen. Door tijdig te signaleren is gezondheidswinst te boeken waardoor een beroep op zwaardere zorg niet meer nodig is.

De GGD wil, samen met gemeenten en partners en per stad/dorp of wijk, deze vraag vertalen in concrete acties en pilots.

Bezuinigen én investeren

Uit de mogelijkheden tot bezuinigen in het productenboek komen we tot een voorstel. Hieronder staan drie scenario's, waarbij we onze voorkeur uitspreken voor scenario 3.

- Scenario 1 is de bezuiniging op het basispakket jeugdgezondheidszorg en op de huisvesting.
- In scenario 2 komt daar bovenop de bezuiniging op een aantal taken. We ontzien daarbij de taken die een bijdrage leveren aan de decentralisaties.
- Scenario 3 is: bezuinigen op die taken, maar ook ruimte maken voor het investeren in nieuwe taken waarbij de gemeentelijke vraag leidend is. We willen die behoeften samen met de gemeenten bespreken en definitief uitwerken in de begroting 2016, maar een eerste richting kan zijn:
 - o kwetsbare volwassenen, zoals ouderen, mensen met een lage sociaaleconomische status en nieuwkomers (zoals asielzoekers en Oost-Europeanen). Vanuit de kennis en kunde van de GGD gemeenten ondersteunen bij hun informatiebehoefte en adviseren over hun mogelijkheden voor beleid, zodat zij nog beter verkeerde of onnodige hulp kunnen voorkomen, maar er ook nog beter voor kunnen zorgen dat er hulp komt waar die juist nodig is (zorgmijders).
 - o informatie over gezondheid vaker, beter en meer op maat presenteren, bijvoorbeeld in wijk- en schoolprofielen en op vraag van de sociale wijkteams. De huidige monitor geeft de gemeente al veel info, maar past nog niet goed bij specifieke vragen. In 2015 leggen we daar een sterker accent, zodat we elke gemeente in 2016 op maat kunnen bedienen;
 - o meer inzet in de transities die vanaf 2015 bij de gemeenten plaatsvinden.

Scenario's

Op basis van het productenboek leggen we drie scenario's voor. Hieronder staan ze, met een korte beschrijving van de gevolgen (maatschappelijke effecten) van de voorgestelde bezuinigingen¹.

Scenario 1: JGZ en huisvesting

Het algemeen bestuur nam in juli besluiten die gaan leiden tot een lagere gemeentelijke bijdrage.

- huisvestingsplan (dienstverlening gelijk, maar in minder consultatiebureaus)	€	376.000
- nieuw basispakket JGZ (activiteiten naar plustaken, per gemeente te kiezen)	€	760.000
<i>Totale bezuiniging</i>	€	<i>1.136.000</i>

Effecten scenario 1

- *huisvesting*: deze bezuiniging leidt tot minder consultatiebureaus. Op basis van de uitgangspunten die het algemeen bestuur vaststelde blijven de locaties wel voldoende bereikbaar. Waar de openingstijden door een combinatie van bureaus ruimer worden, worden de mogelijkheden groter.

¹ Zie het productenboek voor een uitgebreidere beschrijving van de effecten (maatschappelijke gevolgen).

- *nieuw basispakket JGZ*: een deel van de taken uit het oude basispakket verschuift naar de Jeugdwet en de gemeentelijke bijdrage voor de GGD wordt daardoor lager. Elke gemeente kiest zelf of zij de taken blijft inkopen of niet.

Scenario 2: gericht versoberen

Boven op scenario 1 voert de GGD een aantal taken efficiënter of soberder uit, of niet meer (het logopedisch onderzoek). Het heeft soms tot gevolg dat de GGD mogelijke (gezondheids)risico's later onderkent of dat hij minder dichtbij is.

Totaal scenario 1 (JGZ en huisvesting, zie hierboven)	€ 1.136.000
- intake ² (alleen 1e kind thuis, alle andere gaan naar het consultatiebureau)	€ 152.000
- onderzoek spraak-/taal (niet meer door de logopedist, maar door de jeugdarts)	€ 144.000
- inlooppreekuur ³ (<i>minder locaties</i> per gemeente en andere, digitale vormen)	€ 26.000
- collectieve preventie seksuele gezondheid (niet meer alle doelgroepen)	€ 55.000
- advisering en lichte ondersteuning (besparing door klantcontactcentrum)	€ 100.000
<i>Totale bezuiniging scenario 1 + gericht versoberen</i>	<i>€ 1.613.000</i>

Effecten scenario 2

- *intake*: als ouder en kind niet verschijnen (bij de intake) op het consultatiebureau, kan dat leiden tot het te laat onderkennen van medische problemen na de geboorte;
- *onderzoek spraak/taal*: de GGD ziet mogelijk kinderen met spraak-/taalproblemen te laat, met een mogelijk risico op meer verwijzingen;
- *inlooppreekuur*: bij een grotere afstand tot het consultatiebureau kan het bereik door risicogroepen dalen en worden het algemeen contact en het in beeld houden moeilijker;
- *collectieve preventie seksuele gezondheid*: minder preventieactiviteiten voor risicogroepen en waarschijnlijk meer soa's binnen die risicogroepen;
- *adviesering en lichte ondersteuning*: dit is alleen het klantcontactcentrum, dat bijdraagt aan een betere dienstverlening aan de burgers.

Scenario 3: versoberen én versterken

In dit scenario investeren we een deel van de bezuinigingen uit scenario 2 in nieuwe werkwijzen die in de transities belangrijker worden.

Totaal scenario 2, zie hierboven	€ 1.613.000
- stelpost informatiepositie/kwetsbare volwassenen/inzet in transities	€ -/- 450.000
<i>Totale bezuiniging scenario 2 + versterken</i>	<i>€ 1.193.000</i>

² De jeugdverpleegkundige bezoekt ouder(s) en het eerste kind thuis, voor een intake en een inschatting van de gezinssituatie. Het is een goede vorm en start voor het eerste contact, zeker met risicogezinnen. Vanaf dat moment ziet de GGD ouder(s) en kind regelmatig: bij de vele contactmomenten in de eerste vier jaar. Bij een tweede (risico)kind is de jeugdverpleegkundige al goed op de hoogte van ontwikkelingen in het gezin, dus is een intake thuis minder noodzakelijk. De intake is daarom op het consultatiebureau in plaats van thuis: het contact is al goed en blijft dat ook.

Als er reden is voor extra aandacht voor een (risico)gezin doen we dat met het product *Huisbezoek*, onderdeel van *Begeleiding op maat*; daar stellen we ook geen bezuiniging voor. Wil een gemeente toch meer intake (thuis), dan kan zij dit als plustak inkopen.

³ De kosten van dit product zijn gebaseerd op aantallen kinderen per gemeente; in grotere gemeenten is er dus meer tijd dan in kleinere. Bij een bezuiniging van 10% heeft elke gemeente mogelijkheden om deze op te vangen. De manager doet dan een voorstel, bijvoorbeeld voor verminderen van het aantal locaties met een inlooppreekuur. De gemeente geeft dan aan welke overblijvende locatie(s) haar voorkeur hebben. In een grotere gemeente is dan ook een prioritering naar risicowijken mogelijk.