

Gezondheid als basis

Voorjaarsnota 2016

Gezondheid draagt bij aan het welbevinden van mensen en aan de leefbaarheid. Met een slechte gezondheid wordt meedoen lastig en wie meedoet, voelt zich gezonder.

*van zorg
naar preventie*

In de zorg verschuift het accent van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag.

Daardoor krijgt preventie meer aandacht: voorkomen is beter dan genezen.

Gemeenten hebben hier een belangrijke rol en werken steeds meer samen. Door de decentralisaties kunnen zij zorg en preventie met elkaar verbinden. Daarbij kunnen ze rekenen op hun eigen GGD als professionele en betrokken partner.

De kerntaak van de GGD is: gezondheidswinst behalen. In 2011 benoemde het algemeen bestuur als speerpunten:

*drie
speerpunten*

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

Dit zijn de belangrijkste ankers voor de wettelijke taken in de [publieke gezondheid](#)¹.

Gelijke kansen

Er zijn nog steeds grote [verschillen in gezondheid](#): mensen met een lage opleiding leven gemiddeld 6 tot 7 jaar korter dan hoogopgeleiden. Vrouwen leven wel langer, maar zijn dan minder gezond. En de gezondheid van allochtonen is minder goed dan die van autochtonen. De aanpak van deze achterstanden vraagt nog steeds aandacht.

*aandacht voor
achterstanden*

De GGD besteedt veel (preventieve) aandacht aan groepen met minder opleiding, want betere gezondheidsvaardigheden leiden ook tot een betere participatie.

De veranderingen in de zorg vragen van de burger meer eigen verantwoordelijkheid.

Kwetsbare en laagopgeleide mensen kunnen deze minder goed aan: ze missen de vaardigheden. Begeleiding – en soms een vangnet – kan hen dan helpen.

[Van patiënt naar sporter](#)

een voorbeeld

Een [programma](#) in (o.a.) Oss voor mensen met een chronische beperking die graag willen sporten. Medische- en sportorganisaties maakten een handboek over het omgaan met mensen met overgewicht, suikerziekte of hart- of longproblemen.



¹ Op verschillende plaatsen in deze nota vindt u links naar verdere (achtergrond)informatie of naar illustratieve voorbeelden.

De jeugdgezondheidszorg sluit nauw aan op de wijkteams, de scholen en de gezondheidszorg. Zo gaat deze begeleiding soepel over in die van het wijkteam of de jeugdzorg. De jeugdarts stemt af met de huisarts of de specialist zodat hun zorg aansluit bij de zorg in de wijk. De GGD heeft contact met alle scholen en werkt nauw samen met ouders en scholen zodat elk kind passend onderwijs krijgt.

Elk kind in beeld

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) houdt alle kinderen in beeld: zij volgt hun gezondheid, screent afwijkingen en vaccineert. De JGZ ondersteunt ouders bij het opvoeden van hun kind en kijkt samen met hen hoe risico's te voorkomen zijn. Zo draagt de JGZ bij aan het voorkomen van de inzet van zwaardere zorg.



een voorbeeld

Gezonde omgeving

Een gezonde en veilige omgeving nodigt uit tot bewegen en gezond gedrag. Verder zijn er de infectieziekten: de overheid beschermt bij deze bedreigingen.

*alert op
bedreigingen*

In ons werkgebied zijn er veel ervaringen met zoönosen (ziekten die overgaan van dier op mens), bijvoorbeeld de Q-koorts. Voorkomen is niet altijd mogelijk, dus we moeten alert blijven en signaleren, zoals bij zoönosen, resistentie tegen antibiotica, nieuwe infectieziekten, geurhinder en fijnstof.



Speelnatuur

In het Tilburgse Platform Speelnatuur werken organisaties samen aan meer natuurlijke speelplaatsen voor kinderen. Deelnemers: de GGD, basisscholen, architecten, groenaanbieders, educatieve- en welzijnsorganisaties en de gemeente.

een voorbeeld

Vitale bevolking

Het aantal ouderen stijgt en ook bij hen is een verschuiving nodig naar preventie; mensen worden meer zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid. Het gaat hier ook over het leven met (gezondheids)beperkingen. Het betekent: je kunnen aanpassen en vitaal zijn.

*ouderen
tellen mee*

De zorg kan zich samen met andere partijen richten op kwetsbare ouderen én op de nog gezonde ouderen. Denk aan het aanleren van gezondheidsvaardigheden, aan het geven van voorlichting over de regie op de eigen gezondheid en aan activiteiten rond het behoud van fysieke, mentale en sociale functies.

Ouderen fitter

In Vught organiseert de GGD met de gemeente en lokale partijen fittestdagen. Ouderen laten zich testen op leefstijl en krijgen een persoonlijk advies, over bijvoorbeeld conditie, bewegen, voeding, alcohol of diabetes. Er is informatie, een lunch en gezonde drankjes en ouderen ontmoeten elkaar.



een voorbeeld

De GGD in 2016

uitgaan van mogelijkheden

In 2016 zijn de eerste effecten van de transities zichtbaar. De overheid doet daarbij vaker een beroep op de eigen kracht van de burger. Dat vraagt een andere houding van de GGD: meer uitgaan van de mogelijkheden van de burger zelf. Daarvoor moet de GGD dichtbij werken: in de gezinnen, in de scholen, in de wijken. Het betekent verder:

- afspreken met de klant over wat hij zelf doet en welke steun hij daarbij krijgt;
- samenwerken met scholen, huisartsen en alle (gezondheids)partners;
- signaleren en adviseren en zo nodig in actie komen als mensen uit de boot vallen.

Gezond inzicht

Tot nu toe voerde de GGD grote gezondheidsmonitors uit en vatte die elke vier jaar samen in een [standaardrapport](#). Vanaf 2015 pakten we het [anders](#) aan. We:

- maken minder rapporten en gaan meer naar dialoog en maatwerk per gemeente;
- geven informatie op meer niveaus: school, wijk en gemeente;
- geven niet alleen data, maar gaan ook duiden en adviseren.

Het wordt een continu programma onder een nieuwe naam: *Gezond INZIGT*. We sluiten hiermee nog beter aan op de actualiteit en op de vraag van gemeenten.

een voorbeeld



Profiel van de wijk

In zeven Brabantse gemeenten (o.a. Bernheze, Boxtel en Tilburg) stelden de GGD en ROS-Robuust met lokale partijen een gezondheidsprofiel op en bespraken dit met de wijk. In een [e-boek](#) 'staan de kansen, valkuilen en tips. De GGD komt nu met wijkprofielen en ondersteunt de Gezonde Wijk aanpak.

Bezuinigingen

lagere bijdrage GGD

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 jaarlijks voordeel voor de gemeenten van € 600.000. In totaal: bezuinigingen tot ongeveer 8% van de gemeentelijke bijdrage van € 31 miljoen.

Een aantal gemeenten moet zelf bezuinigen en zij vragen van hun GGD om daarin mee te bewegen. Het GGD-bestuur vroeg daarom om bezuinigingsopties, vertrekkend vanuit de inhoud. Samen met gemeente bestuurders en ambtenaren maakte de GGD een overzicht van de mogelijke bezuinigingen en hun effecten. Naast de speerpunten (zie blz. 1) waren daarbij de uitgangspunten:

basis en plus

- de bezuinigingen mogen de bijdrage aan de transities niet belemmeren;
- gemeenten trekken samen op, vaak per regio;
- gemeenten maken afspraken over de aanpak van de gezondheidsrisico's, die overal spelen, en het basispakket dat daarvoor nodig is.

In het basispakket behouden we de voordelen van een sterke GGD. Via de plustaken heeft de gemeente ruimte voor lokaal/regionaal beleid door extra taken in te kopen.

Voorstel voor 2016

Naast de bezuinigingen in het nieuwe basispakket jeugdgezondheidszorg en in de huisvesting van de consultatiebureaus (zie ook blz. 5), stellen we nu voor om voor 2016 en volgende jaren o.a. te bezuinigen op:

*gericht
versoberen*

- intake pasgeborenen (alleen 1^e kind thuis, de andere op het consultatiebureau);
- onderzoek spraak-/taal (niet meer door de logopedist maar door de jeugdarts);
- inloopspreekuur jeugd (10 % minder tijd per kind/per gemeente, wat leidt tot bijvoorbeeld minder locaties of beperkte openingstijden);
- collectieve preventie seksuele gezondheid (niet meer alle doelgroepen).

In totaal gaat het om € 1,6 miljoen bezuinigingen, met daarnaast een voorstel om te investeren in innovatie. In de bijlage 1 vindt u de onderbouwing van de voorstellen. Omdat ze een onderdeel zijn van deze voorjaarsnota, kunnen gemeenten hier nu ook hun zienswijze over geven.

Actiepunten voor 2016

Gemeenten zijn tevreden over de regionale indeling van de GGD-organisatie: de GGD is echt dichterbij gekomen. Het contact en de samenwerking is verder verbeterd, met gemeenten en met partners. De GGD zal deze voordelen versterken door de regio-managers een nog steviger rol te geven in dat contact.

Voor 2016 werken we verder als actiepunten uit:

*accent
op inhoud*

1. doorontwikkelen basispakket JGZ, met o.a. [regie](#) door de ouders;
2. versterken van de [advies- en informatiefunctie](#) voor gemeenten, zie blz. 3;
3. [bijdragen](#) aan de sociale wijkteams waar de gemeente ons dat vraagt;
4. meer samenwerken met [huisartsen](#), [scholen](#) en andere [partners](#);
5. meer (preventieve gezondheids)activiteiten voor ouderen en chronisch zieken;
6. meer activiteiten rond [bemoeizorg](#) en [openbare geestelijke gezondheidszorg](#);
7. ruimte voor innovatie in de publieke gezondheid, zie ook blz. 10.

Deze actiepunten werken we uit na het visietraject dat we in het voorjaar samen met bestuurders, ambtenaren en partners doorlopen, met als start de *Dag van de publieke gezondheid*.

Financiën

Gemeentelijke bijdrage

We baseren onze prognose van de gemeentelijke bijdrage op de volgende aspecten:

- *Indexering 2016 nominale ontwikkelingen (lonen en prijzen)*
Overeenkomstig het beleid hanteren we het systeem van de gemeente Tilburg. Dit leidt nu tot een indexering van +/- 0,04% voor alle gemeentelijke bijdragen. In bijlage 2 staat de prognose voor 2016, waarin we dit verwerkten. Omdat het Centraal Planbureau de ramingen in april 2015 nog actualiseert, verwachten we dat dit cijfer in de begroting 2016 hoger zal zijn.
- *Inwonersaantallen*
Voor de begroting 2016 gaan we uit van de aantallen op 1 januari 2015. Maar deze CBS-gegevens zijn er nu nog niet en daarom gebruiken we hier nog de aantallen op 1 januari 2014; in de begroting 2016 passen we deze nog aan.
- *Huisvesting consultatiebureaus*
Het algemeen bestuur stelde in juli 2014 een huisvestingsplan vast, dat in 2016 een bezuiniging oplevert van € 198.940: een lagere bijdrage per inwoner van € 0,19.
- *Effecten GGD-taakanalyse 2016*
Het algemeen bestuur besloot in juli 2014 ook tot bezuinigingen in het basispakket JGZ en in de huisvesting van de consultatiebureaus. Deze leidden al tot lagere gemeentelijke bijdragen in de begrotingen vanaf 2015.
Met deze voorjaarsnota neemt het algemeen bestuur ook een besluit over andere bezuinigingen, zie ook blz. 5 van bijlage 1. Zo ontstaat het volgende financieel beeld voor 2016:
 - aanvullende bezuinigingen 2016 (zie blz. 4 en bijlage 1): € 377.000. Deze leiden tot frictiekosten, die we nu nog p.m. ramen². In de begroting 2016 becijferen we deze kosten en stellen dan voor om ze te dekken uit een te vormen voorziening ten laste van de algemene reserve³.
 - Een stelpost van € 400.000 voor de intensivering van de informatiepositie, kwetsbare volwassenen en de inzet voor de transitie. Zie verder bijlage 1. Bij de bespreking van de begroting 2016 besluit het algemeen bestuur over de inzet van deze middelen, mede op basis van een inhoudelijk en gezamenlijk visietraject dat we nog doorlopen.

In bijlage 3 vindt u onze prognose van de totale bijdrage per gemeente.

In de begroting 2016 nemen we de definitieve berekening op.

² We verwachten vooral frictiekosten bij het onderzoek spraak/taal omdat alle logopedisten in ambtelijke dienst zijn en er weinig kansen zijn voor interne herplaatsing vanwege het specifieke karakter van die functie.

³ Eind 2015 is de stand van de algemene reserve € 2,7 miljoen. Uit de op te stellen risicoanalyse zal blijken of deze voldoende is voor de dekking van de frictiekostenrisico's.

Bijlage 1

bij de voorjaarsnota 2016

Bezuinigen op de publieke gezondheid⁴

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 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 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

⁴ Deze bijlage is een licht aangepaste overdruk van het discussiestuk dat het algemeen bestuur besprak in zijn vergadering van november 2014 en dat nu de basis vormt voor de voorstellen in de voorjaarsnota.

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 uitgevoerd."

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 de GGD een kernkwaliteit. Hij is gewend om samen te werken met partijen binnen en buiten de zorg en heeft – door zijn gemeenschappelijke 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, 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.

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 actievere 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). (...)"*

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. 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](#).

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;
- 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 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 bezuinigingen.

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.
- *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 ⁵ (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
- inloopspreekuur ⁶ (één locatie per gemeente en andere, digitale vormen)	€	26.000
- collectieve preventie seksuele gezondheid (niet meer alle doelgroepen)	€	55.000
- advisering en lichte ondersteuning (besparing klantcontactcentrum), vanaf 2017	€	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;
- *inloopspreekuur*: 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;
- *advisering 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	€	-/- 400.000
<i>Totale bezuiniging scenario 2 + versterken</i>	€	<i>1.213.000</i>

Toelichting stelpost: het algemeen bestuur kan een besluit nemen over het al of niet inzetten van deze middelen bij de bespreking van de begroting 2016. Daar gaat dan een inhoudelijk en gezamenlijk visietraject aan vooraf, dat ook prioriteiten voor de publieke gezondheid zal opleveren en van daaruit mogelijk de noodzaak van innovaties, met desgewenst projectmatige of regionale varianten.

⁵ 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, vooral in de eerste vier jaar. Bij een tweede kind kent de jeugdverpleegkundige het gezin al goed, dus is een intake thuis minder nodig. De intake is daarom op het consultatiebureau in plaats van thuis: er is al een goed contact. Als er reden is voor extra aandacht voor een (risico)gezin doen we dat met het product *Huisbezoek*; daar stellen we geen bezuiniging voor. Wil een gemeente toch meer intake (thuis), dan kan zij dit als plustaaik inkoop.

⁶ 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 inloopspreekuur. De gemeente kan dan aangeven welke locatie(s) haar voorkeur hebben. In een grotere gemeente is dan ook een prioritering naar risicowijken mogelijk.

Bijlage 2

bij de voorjaarsnota 2016

Nominale ontwikkelingen en bijdrage per inwoner

Nominale ontwikkelingen⁷

NOMINALE ONTWIKKELINGEN	2014	2015	2016	2016 TOTAAL
<i>Prijzen</i>				
Begroting 2015	0,75%	1,25%	0,00%	
Begroting 2016	1,00%	0,50%	0,50%	
Totaal	0,25%	-0,75%	0,50%	0,00%
<i>Lonen</i>				
Begroting 2015	1,50%	1,25%	0,00%	
Begroting 2016	1,30%	0,90%	0,50%	
Totaal	-0,20%	-0,35%	0,50%	-0,05%

Correctie prijsontwikkeling 2014 en 2015			-0,50%	
Correctie loonontwikkeling 2014 en 2015			-0,55%	
Gewogen correctie nom. ontwik. 2014/2015			-0,54%	
Gewogen correctie nom. ontwikkeling 2016			0,50%	
TOTAAL INDEX INW. BIJDRAGE 2016			-0,04%	-0,04%

LOON-PRIJS VERHOUDING	2014	2015	2016
Kosten beheersbegroting 2015 (x € 1.000)	50.282		
PERSONELE LASTEN	34.219	68,05%	70%
MATERIËLE LASTEN	16.063	31,95%	30%

Prognose bijdrage per inwoner 2016

	REGIO		
	MIDDEN BRABANT	MEIERIJ	BRABANT NOORDOOST
Bijdrage per inwoner 2015	13,47	14,43	13,58
Indexering 2016	-0,01	-0,01	-0,01
Bezuiniging huisvesting consultatiebureau's (2016)	-0,19	-0,19	-0,19
Effecten GGD taakanalyse 2016:			
a. aanvullende bezuinigingen	-0,36	-0,36	-0,36
b. intensivering takenpakket GGD (stelpost)	0,39	0,39	0,39
c. frictiekosten nav aanvullende bezuinigingen	p.m.	p.m.	p.m.
BIJDRAGE PER INWONER 2016	13,30	14,26	13,41
<i>Waarvan:</i>			
Basispakket uniform deel	12,37	12,37	12,37
Basispakket lokale accenten	0,93	0,93	0,93
Autonome kosten ⁸	0,00	0,96	0,11
TOTALE BIJDRAGE PER INWONER 2016	13,30	14,26	13,41

⁷ Op basis van de systematiek van de gemeente Tilburg, met daarin elk jaar een correctie over de twee vorige jaren:

- prijzen: de prijsmutatie van het Bruto Binnenlands Product;
- lonen: de gemeente Tilburg raamt de loonontwikkeling zelf, op basis van circulaire's van het Ministerie van BZK, het Centraal Planbureau en aanvullende bronnen.

⁸ Autonome kosten: bij de fusie van de drie GGD'en stelden de besturen vast dat er nog verschillen waren tussen de regio's, vooral in de het niveau van automatisering en in de huisvesting. Dat leidde tot een extra bijdrage. Deze afspraken lopen tot 2018, daarna is een nieuwe afweging mogelijk.

Bijlage 3

bij de voorjaarsnota 2016

Prognose gemeentelijke bijdragen 2016

(bedragen in euro's)								
gemeenten	aantal inwoners per 1 januari 2014	basispakket uniform deel	basispakket lokale accenten (gezondheidsbevordering)	autonome kosten	JGZ 0-4 jarigen	elektronisch kinddossier	pubercontactmoment	Totaal gemeentelijke bijdrage 2016
Dongen	25.358	313.678	23.583	0	323.440	31.527	22.461	714.689
Gilze en Rijen	26.069	322.474	24.244	0	380.377	33.420	23.052	783.567
Goirle	23.098	285.722	21.481	0	280.994	28.935	19.737	636.869
Heusden (Drunen)	25.036	309.692	23.283	0	312.203	31.672	22.533	699.383
Heusden (Vlijmen)	18.129	224.259	16.860	17.404	233.934	22.935	16.317	531.710
Hilvarenbeek	15.092	186.688	14.036	0	207.153	19.290	13.485	440.652
Loon op Zand	23.080	285.500	21.464	0	306.779	27.514	19.590	660.847
Oisterwijk	25.802	319.171	23.996	0	301.508	31.587	22.189	698.451
Tilburg	210.270	2.601.040	195.551	0	2.712.601	253.636	181.768	5.944.596
Waalwijk	46.498	575.180	43.243	0	581.197	54.941	39.607	1.294.168
Boxtel	30.320	375.058	28.198	29.107	377.978	38.357	27.523	876.221
Haaren	13.587	168.071	12.636	13.044	141.274	17.092	12.014	364.131
Schijndel	23.360	288.963	21.725	22.426	281.148	28.690	19.867	662.819
's-Hertogenbosch	143.733	1.777.977	133.672	137.984	1.870.323	172.827	123.185	4.215.968
's-Hertogenbosch (aandeel Maasdonk)	6.745	83.438	6.273	742	98.546	8.962	6.229	204.190
Sint-Michielsgestel	28.121	347.857	26.153	26.996	326.158	36.530	25.551	789.244
Vught	25.638	317.142	23.843	24.612	303.593	32.626	23.303	725.120
Bernheze	29.690	367.265	27.612	3.266	400.218	40.353	28.108	866.822
Boekel	10.089	124.801	9.383	1.110	145.462	14.085	9.645	304.485
Boxmeer	28.147	348.178	26.177	3.096	389.192	35.142	25.347	827.132
Cuijk	24.783	306.566	23.048	2.726	325.982	31.571	22.904	712.797
Grave	12.695	157.037	11.806	1.396	169.799	15.748	11.204	366.991
Landerd	15.266	188.840	14.197	1.679	189.991	20.242	13.776	428.726
Mill en Sint Hubert	10.850	134.215	10.091	1.194	140.419	13.451	9.597	308.966
Oss	84.954	1.050.881	79.007	9.345	1.128.836	105.786	76.346	2.450.201
Oss (aandeel Maasdonk)	4.497	55.625	4.182	495	65.697	5.976	4.152	136.127
Sint Anthonis	11.691	144.618	10.873	1.286	166.088	15.162	10.859	348.885
Sint-Oedenrode	17.934	221.844	16.679	1.973	218.286	22.938	15.939	497.658
Uden	40.913	506.094	38.049	4.500	537.443	51.671	37.041	1.174.798
Veghel	37.464	463.430	34.842	4.121	539.460	49.221	35.235	1.126.308
TOTAAL	1.038.909	12.851.304	966.185	308.502	13.456.079	1.291.887	918.564	29.792.521

Toelichting

De gemeentelijke bijdrage heeft verschillende grondslagen:

- een bijdrage per inwoner voor het basispakket (uniform deel en lokaal accent);
- een vast bedrag voor de jeugdgezondheidszorg voor de 0- tot 4-jarigen, het elektronisch kinddossier en het pubercontactmoment (een nieuw onderdeel van het basispakket JGZ).

Op beide onderdelen passen we dezelfde indexering toe.

Voor de verdeling van de gemeentelijke bijdrage zou één grondslag wenselijk zijn. Maar omdat dit zou leiden tot grote herverdelingseffecten voor gemeenten, handhaven we de verschillende grondslagen.