Een onderzoek naar taken, mensen en middelen van GGD'en

De GGD in beeld

Andersson Elffers Felix

Maliebaan 16
Postbus 85198
3508 AD Utrecht

+31 30 236 30 30
mail@aef.nl
www.aef.nl

Kamer van Koophandel
30096560

Andersson Elffers Felix

Datum
1 juni 2017

Opdrachtgever
Ministerie VWS

Contact
Eric Damoiseaux, e.damoiseaux@aef.nl

Referentie
GV409/Concept eindrapportage

Inhoud

1 Samenvatting 4

2 Inleiding en achtergrond 6

2.1 Context 6
2.2 Aanleiding van het onderzoek en vraagstelling 7
2.3 Relatie met andere onderzoeken 8
2.4 Leeswijzer 8

3 Het onderzoek 10

3.1 Aanpak op hoofdlijnen 10
3.2 Uitgangspunten 11
3.3 Scope, definities en afbakening 12

4 Categorisering taken 14

4.1 Gehanteerde taakcategorieën 14
4.2 Taken binnen de 4 pijlers 15
4.3 Veel voorkomende taken 16
4.4 Overige taken 16

5 Organisatievormen 17

6 Taken, budgetten en formaties 19

6.1 Inleiding en definities 19
6.2 Landelijk beeld 20
6.3 Beeld per GGD 22

7 Invulling per taak 25

7.1 Taken binnen de vier pijlers 25
7.2 Veel voorkomende taken 29
7.3 Overige taken 31

8 Financiering 33

8.1 Financieringsstromen 33
8.2 Landelijk beeld 34

9 Bevindingen 35

10 Reflecties en vervolgstappen 38

1 Samenvatting

Dit rapport is geïnitieerd vanuit het Stimuleringsprogramma betrouwbare publieke gezondheid uit 2014

In 2014 startte op initiatief van het ministerie van VWS, de VNG, het RIVM en GGD GHOR Nederland het Stimuleringsprogramma betrouwbare publieke gezondheid. Het programma heeft als doel, in te zetten op versterking van de publieke gezondheidszorg. In het kader van het Stimuleringsprogramma hebben Minister en Staatssecretaris in het Algemeen Overleg Preventief Gezondheidsbeleid van 31 maart 2016 een onderzoek toegezegd naar het complete werkpakket en de capaciteit van alle 25 GGD'en. Dit rapport bevat de resultaten van het onderzoek, dat in opdracht van het ministerie is uitgevoerd door Andersson Elffers Felix (AEF), bureau voor maatschappelijke vraagstukken.

De analyse steunt op een categorie-indeling die aansluit bij de werkwijze uit de praktijk en omvat de 'vier pijlers' voor GGD'en

De taken die door GGD'en worden uitgevoerd komen voort uit verschillende wetten. Een deel vindt zijn basis in de Wet publieke gezondheid (Wpg), die ook de verplichting bevat om in elke regio een GGD te hebben. GGD'en kunnen echter ook taken uitvoeren op basis van andere wetten, bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet, de Wet kinderopvang, en het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen. GGD'en hebben, kortom, een breed scala aan taken. Een deel van deze taken is verplicht bij de GGD neergelegd, maar een groot deel kan ook door andere partijen uitgevoerd worden.

Om taken van de GGD'en zo vergelijkbaar mogelijk inzichtelijk te maken, is gewerkt met een format waarin deze taken in kaart gebracht zijn op een manier die in het veld herkend wordt. De categorie-indeling (zie H4 voor details) bestaat uit:

1. GGD taken binnen de 'vier pijlers' die zijn benoemd in de Kamerbrief Betrouwbare Publieke gezondheid uit 2014
2. Veelvoorkomende taken die niet binnen de vier pijlers vallen
3. Overige taken

Het totale budget van GGD'en bedraagt € 820 miljoen en vertegenwoordigt 6.600 directe FTE; de jeugdgezondheidszorg is landelijk bezien de omvangrijkste taak is

Het totale landelijke GGD budget bedraagt € 820 miljoen en de totale formatie betreft meer dan 7.300 FTE. De directe lasten, waar dit onderzoek zich op focust, bedragen ongeveer € 621 miljoen en het grootste deel van dit budget (+/- 80%) wordt bepaald door personeelslasten. Op landelijk niveau staat hier een directe formatie van ongeveer 6.600 FTE tegenover die invulling geeft aan de publieke gezondheidstaken bij GGD'en. Meer details hierover zijn te vinden in hoofdstuk 5.

Van het totale personeelsbestand is het grootste deel werkzaam bij de jeugdgezondheidszorg (JGZ), die 46% van de formatie (> 3.000 FTE) omvat. Ongeveer 25% van de formatie is

verbonden aan taken die vallen onder de vier pijlers; daarbinnen vormen de uitvoerende taken gezondheidsbescherming (IZB, TBC, SOA-bestrijding, THZ, MMK en PGA) de hoofdmoot. De ambulancezorg (RAV) wordt door een deel van de GGD'en uitgevoerd maar is in die gevallen qua omvang wel de meest bepalende taak voor de formatie.

Als we kijken naar budget, zien we een vergelijkbaar beeld. Een kwart van het budget is beschikbaar voor de vier pijlers. Andere taken, bestaande uit JGZ, OGGZ, gezondheids-bevordering en forensisch medische zorg vertegenwoordigen bijna 2,5 keer zoveel budget, namelijk 62% van de directe lasten. De Jeugdgezondheidszorg vertegenwoordigt 47% van het totale landelijke budget van alle GGD'en. Een additionele 14% van het landelijke budget hangt samen met de overige taken Reizigerszorg en Ambulancezorg.

Alle GGD'en geven relatief uniform invulling aan taken in de vier pijlers; de invulling van overige taken en bijbehorende formatie verschilt

Het onderzoek laat zien dat alle GGD'en invulling geven aan de taken binnen de vier pijlers en dat er binnen de pijlertaken ook een grote uniformiteit is in de activiteiten die GGD'en uitvoeren. Bij niet-pijlertaken ligt dat anders: bijna alle GGD'en voeren taken op het gebied van JGZ, OGGZ en gezondheidsbevordering uit maar de wijze waarop invulling wordt gegeven aan taken binnen deze categorieën is meer divers. Het onderzoek brengt deze regionale verschillen overall en per GGD duidelijk in beeld.

Regionale afwijkingen van het landelijk beeld worden gedreven door onder andere:

- regiokenmerken en –omvang (# inwoners/gemeenten, demografie, type problematiek)
- lokale (gemeentelijke) en regionale beleidskeuzes
- verschillen in taakinvulling tussen GGD'en
- verschillen in organisatievorm (losstaand, samenwerkingsverband, onderdeel van centrumgemeente).

Verschillen in formatie ontstaan doordat GGD'en taken niet of anders invullen, deels samenhangend met de mate waarin GGD'en taken krijgen toegewezen vanuit gemeenten. Grote verschillen zijn zichtbaar bij de taakcategorieën gezondheidsbevordering, JGZ, OGGZ, en ambulancezorg. Bij OGGZ en ambulancezorg zijn verschillen goed te verklaren door het al dan niet aanwezig zijn van omvangrijke organisatieonderdelen als een meldpunt OGGZ of een ambulancevoorziening. Bij gezondheidsbevordering en de JGZ zijn verschillen minder aan concrete taken te koppelen, maar hangen verschillen sterk samen met de omvang van de regio, beleidskeuzes en keuzes over de organisatie-inrichting.

Dit rapport vormt nu een gedegen basis om de discussie rondom publieke gezondheid breder te voeren (binnen het Stimuleringsprogramma)

Het objectieve en feitelijke beeld dat dit onderzoek biedt kan bijdragen aan het verder versterken van de publieke gezondheid. Het rapport is tot stand gekomen in opdracht van het ministerie van VWS maar uitgevoerd in nauwe samenwerking met de afzonderlijke GGD'en wat heeft geleid tot een gedegen coproductie.

Binnen het publieke gezondheidsdomein is elke partij gebaat bij een sterke en kwalitatief hoogwaardige sector, maar hebben Rijk en gemeenten een onderscheiden verantwoordelijk-heid. De basis die in dit onderzoek is gelegd kan bijdragen aan begrip tussen de diverse betrokken partijen in dit veld, en geeft perspectief op gezamenlijke afspraken over verdieping, stimulerende en – waar nodig en gewenst – normerende activiteiten.

2 Inleiding en achtergrond

2.1 Context

De Gemeentelijke Gezondheidsdienst is ontstaan in gemeenten; de eerste hiervan werd in Amsterdam opgericht in 1901, toen nog als de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GGD&GD). In de jaren daarna nam het belang van de GGD als organisatievorm gestaag toe en kregen steeds meer gemeenten een eigen dienst. Tegenwoordig zijn de GGD'en eigendom van meerdere gemeenten en voeren taken uit voor alle gemeenten in hun werkgebied. Taken van de GGD werden in de jaren negentig vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektenwet, en de Quarantainewet, de voorlopers van de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze wettelijke bepalingen leidden tot een zekere mate van uniformering bij de GGD'en en de daar belegde takenpakketten.

In 2008 werd de Wpg ingevoerd, waarin ook de wettelijke basis voor de GGD werd bepaald. De gemeenten bleven met de Wpg beleidsvrijheid houden om taken bij hun GGD te beleggen. In 2011 besloot de regering het aantal GGD'en terug te brengen tot vijfentwintig, die qua werkgebied grotendeels samenvallen met de veiligheidsregio's. De GGD'en bleven eigendom van de gemeenten in hun werkgebied. De gemeenten treden hierbij op als zowel eigenaar als opdrachtgever. De regionale invulling, en het takenpakket van de GGD, verschilt per regio en wordt (gedeeltelijk) bepaald door lokale (gemeentelijke) keuzes waar gemeenten er ook voor kunnen kiezen deze taken elders te beleggen. Bovenop de gemeentelijke keuzes kent de GGD ook een takenpakket dat wettelijk bij de GGD belegd is.

Na de invoering van de Wpg in 2008 was de (wettelijke) omgeving van de GGD enige tijd relatief stabiel. Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is deze situatie sterk veranderd, waardoor GGD'en zich de afgelopen jaren hebben moeten herpositioneren. Er zijn verschillende oorzaken aan te wijzen voor het veranderde landschap:

- De decentralisaties in het sociaal domein hebben ervoor gezorgd ervoor dat gemeenten meer taken hebben gekregen op het terrein van zorg en ondersteuning. De inrichting hiervan vindt plaats in samenhang met de publieke gezondheidstaken (GGD). Gemeenten zijn hierdoor meer op zoek naar samenwerking in de nieuw bij hen belegde taken. Soms spelen GGD'en een rol in deze nieuwe taken, soms wordt dit anders ingericht.
- Het algemene beeld is dat gemeentelijke budgetten mee-ademen met de Rijksbegroting en sinds de economische crisis krapper zijn geworden. Daardoor zijn gemeenten scherpere keuzes gaan maken, ook al is er door het Rijk niet bezuinigd op publieke gezondheid. Hierbij wordt door gemeenten ook naar de GGD (vaak in de context van een algemene taakstelling voor de gemeenschappelijke regelingen) gekeken. Dit kan betekenen dat gemeenten hun GGD'en opdracht geven andere taken, of taken op een andere wijze uit te voeren. (Het wettelijke takenpakket vanuit de Wpg is daarbij ongewijzigd gebleven).

Nu de transitie van het sociaal domein een feit is en het stof (enigszins) is neergedaald, ontstaat bij steeds meer gemeenten oog voor de mogelijkheden van hun eigen gezondheidsdienst. Hoewel de GGD geen nieuwe wettelijke taken heeft gekregen, wordt zij door gemeenten wel gevraagd om taken anders te gaan doen, meer in samenwerking en aansluitend bij de transformaties in het sociaal domein. De rol van de GGD (in het sociaal domein) blijft sterk afhankelijk van de taken die door de (samenwerkende) gemeenten bij de GGD belegd worden. In deze context zijn veel GGD'en bezig met de ontwikkeling en verbetering van hun organisatie.

2.2 Aanleiding van het onderzoek en vraagstelling

Mede naar aanleiding van de contextuele ontwikkelingen en het rapport 'Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD' uit 2013 heeft het ministerie van VWS ingezet op versterking van de publieke gezondheidszorg. In 2014 startte op initiatief van het ministerie van VWS, de VNG, het RIVM en GGD GHOR Nederland daarom het Stimuleringsprogramma betrouwbare publieke gezondheid (hierna: Stimuleringsprogramma), naar aanleiding van de Kamerbrief Betrouwbare publieke gezondheid (2014). Kern van het programma is de verbetering van het (bestuurlijk) samenspel tussen betrokkenen, zowel op lokaal als landelijk niveau.

In het kader van het Stimuleringsprogramma heeft GGD GHOR Nederland een rapport[1] opgeleverd. Dit bevatte een eerste verkenning van de kerntaken van de GGD'en, waarbij deze niet op het niveau van individuele GGD-en zijn uitgesplitst. Gesignaleerd wordt dat de uitvoering van de kerntaken van de GGD'en kwetsbaar is, met als kanttekening dat die kwetsbaarheid ook regionale verschillen vertoont. Het rapport geeft tevens aan dat de cijfers onzekerheden bevatten wegens de verschillen in takenpakketten tussen GGD'en. Naar aanleiding hiervan hebben Minister en Staatssecretaris in het Algemeen Overleg Preventief Gezondheidsbeleid van 31 maart 2016 een onderzoek toegezegd naar het complete werkpakket en de capaciteit van alle 25 GGD'en. Het ministerie van VWS heeft AEF gevraagd dit onderzoek uit te voeren met als doel om inzicht te bieden in de takenpakketten, bijbehorende financiën en formatie per GGD.

Concreet moet het onderzoek antwoord geven op de volgende vragen:

1. Hoe ziet het complete takenpakket van de 25 individuele GGD'en er per GGD uit?
2. Welke financiële middelen zijn beschikbaar bij de 25 individuele GGD'en, en aan welke hoofdtaken/-activiteiten worden deze gealloceerd?
3. Welke middelen in de vorm van formatie zijn beschikbaar bij alle 25 individuele GGD'en, en aan welke hoofdtaken/-activiteiten worden deze gealloceerd?
4. Welke werkzaamheden worden door de 25 individuele GGD'en uitgevoerd onder de hoofdtaken en hoofdactiviteiten?

Meer informatie over de uitgangspunten en uitvoering van het onderzoek is te vinden in het volgende hoofdstuk (3).

[1] 'Publieke gezondheid borgen. Een eerste inzicht in de staat van de GGD'en' (2016), GGD GHOR Nederland

2.3 Relatie met andere onderzoeken

In het kader van het Stimuleringsprogramma zijn er een aantal andere onderzoekstrajecten gestart die parallel liepen aan het voorliggende onderzoek:

- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voerde een update uit van het onderzoek uit 2015 naar de taken van de GGD'en op gebied van infectieziektenbestrijding. De conclusie van dat onderzoek is dat infectieziektenbestrijding goed geborgd is en dat GGD'en minder kwetsbaar zijn dan in 2015.[2]
- Cebeon en Regioplan voerden gelijktijdig aan dit onderzoek een inventarisatie uit van de invulling van preventief gezondheidsbeleid van gemeenten.[3] Dit onderzoek geeft inzicht in de gemeentelijke beleidsplannen voor gezondheidsbevordering, het voorkomen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV), preventieve ouderenzorg, en preventief aanbod voor de jeugd. Het onderzoek kijkt ook naar de rol van verschillende partijen hierin, waaronder de GGD als grootste uitvoerder van gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Het voorliggende onderzoek is in een aantal opzichten een vervolg op, en verdere invulling van, de bevindingen uit het rapport Publieke gezondheid borgen van GGD GHOR Nederland.[4] In dat rapport wordt een eerste foto gemaakt van de taken van de GGD'en en de invulling daarvan (peiljaar: 2015). Het voorliggende rapport gaat in meer detail in op de taken van de afzonderlijke GGD'en en biedt op die manier een feitelijke basis waartegen de kwalitatieve bevindingen uit andere onderzoeken kunnen worden afgezet.

2.4 Leeswijzer

Het rapport begint, na de inleiding en achtergrond in dit hoofdstuk, met een toelichting op aanpak, uitgangspunten en methodiek van het onderzoek in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 geeft vervolgens een overzicht van de taken en de wijze waarop wij deze gecategoriseerd hebben voor dit onderzoek; deze vormen de basis voor de analyses in daaropvolgende hoofdstukken. In hoofdstuk 5 gaan wij ook kort in op de (verschillen in) organisatievormen van de GGD'en, en wat dit kan betekenen voor de taakuitvoering en bedrijfsvoering.

Hoofdstuk 6 vormt de samenvatting van alle analyses en schetst het landelijk beeld van de taken en capaciteit van de GGD'en. Hier presenteren wij zowel het overkoepelend beeld van de inzet van formatie en budgetten op de taken, als het beeld per GGD. Hoofdstuk 7 geeft een verdere invulling van hoofdstuk 6, waarbij we dieper ingaan op elk van de taakcategorieën. Per categorie geven wij inzicht in de omvang van de taak, de activiteiten hierbinnen, en de organisatorische invulling. Hoofdstuk 8 biedt daarnaast een landelijk overzicht van de wijze waarop de GGD'en gefinancierd zijn, waarbij financieringsstromen naar herkomst zijn ingedeeld

De belangrijkste bevindingen van het rapport zijn weergegeven in hoofdstuk 9. Tot slot presenteren wij in hoofdstuk 10 een aantal reflecties op het onderzoek en suggesties voor vervolgstappen.

[2] Vervolgonderzoek bij GGD'en: Infectieziektebestrijding verder verbeterd en goed ingebed in netwerk (3 november 2016), IGZ

[3] Lokaal gezondheidsbeleid: inventarisatie 2017 (conceptrapport 2 mei 2017), Cebeon / Regioplan

[4] Publieke gezondheid borgen: een eerste inzicht in de staat van de GGD'en (maart 2016), GGD GHOR Nederland

In de bijlagen zijn achtereenvolgens te vinden:

- Bijlage A: toelichting op de verschillende taken (in aanvulling op de categorisering in hoofdstuk 4).
- Bijlage B: per GGD een ‘profiel’, waarin we in meer detail de capaciteit per taak uitsplitsen (zowel formatie als budgetten), begeleid door een toelichting op de cijfers en lokale bijzonderheden.
- Bijlage C: een schematisch overzicht van de taken en de activiteiten die onder deze taken vallen, met per GGD aangegeven of deze de taak/activiteit wel of niet uitvoert, of slechts voor een deel van de gemeenten.
- Bijlage D: een lijst met bronnen, per GGD, die zijn gebruikt om tot dit beeld te komen, en gesprekspartners bij de GGD’en.
- Bijlage E: een lijst met gebruikte afkortingen.

3 Het onderzoek

3.1 Aanpak op hoofdlijnen

De aanpak in het onderzoek gaat uit van een minimale belasting van GGD'en en is er op gericht om zo veel als mogelijk op basis van algemeen beschikbare gegevens een analyse te maken. Een duidelijke fasering en organisatiestructuur vormden hiervoor de basis.

Fasering

De aanpak heeft bestaan uit 4 fases:

Deze gefaseerde aanpak heeft er aan bijgedragen dat we zijn gekomen tot vergelijkbare gegevens en eenduidigheid van definities. Wij hebben er voor gekozen om al vroeg in het onderzoek met de afzonderlijke GGD'en af te spreken om informatie te kunnen duiden en een beter beeld te krijgen bij (de taken van) de organisatie. Dit heeft bijgedragen aan een bredere betrokkenheid en draagvlak voor de resultaten. Hierbij hebben wij van elke GGD afzonderlijk alle gegevens zo gedetailleerd mogelijk inzichtelijk gemaakt en vervolgens definities, formats en het raamwerk o.b.v. de beschikbare inzichten aangescherpt. Deze formats en het raamwerk zijn daarmee een deelproduct geworden van het onderzoek.

Organisatie

Gedurende dit onderzoek heeft AEF de stappen in het onderzoek en tussenresultaten doorlopend gevalideerd bij een begeleidingscommissie waarin GGD GHOR NL, het ministerie van VWS en de VNG vertegenwoordigd waren. De uitgangspunten, doelstellingen en inkadering van het onderzoek zijn met deze begeleidingscommissie afgestemd evenals de gehanteerde formats en definities. Daarnaast is er periodiek overleg gevoerd over de voortgang van het onderzoek met VWS, VNG en GGD GHOR NL, waarbij de betrokken partijen

gelegenheid hadden terugkoppeling te geven en bij te sturen in de lijn van het verhaal. De deelnemers aan de commissie hebben er zorg voor gedragen dat de input van hun achterban (gemeenten en GGD'en) werd meegenomen. De onderzoeksresultaten beschreven in dit rapport zijn (in conceptvorm) voorgelegd aan de begeleidingscommissie waarna AEF de opmerking heeft verwerkt in een definitief rapport.

3.2 Uitgangspunten

In fase 1 van het onderzoek zijn de uitgangspunten van het onderzoek – in overleg met de begeleidingscommissie – afgestemd en vastgesteld. AEF heeft het onderzoek gebaseerd op zes heldere uitgangspunten:

1. Objectief inzicht
2. Validatie en wederhoor
3. Toetsen waar mogelijk, uitvragen waar nodig
4. Vergelijkbaarheid inzichten
5. Betrokkenheid GGD'en in gehele proces
6. Aandacht voor politiek-bestuurlijke context.

Objectief inzicht

Een nadrukkelijke opdracht vanuit de begeleidingscommissie was het creëren van een objectief beeld van het landschap. Het streven daarbij was om objectief en neutraal inzicht in de takenpakketten van de afzonderlijke GGD'en te creëren in een gegeven jaar. In alle fases is dan ook nagestreefd zo concreet mogelijk inzicht te verschaffen in welke taken door GGD'en worden opgepakt, welke budgetten en welke capaciteit hierbij horen. Een vergelijking met waardeoordeel wordt in dit rapport niet nagestreefd, wel wordt een eenduidige en afgestemde basis aan inzicht gecreëerd op basis waarvan partijen gezamenlijk het landschap van Publieke Gezondheid kunnen analyseren.

Validatie en wederhoor

Wij hebben alleen gewerkt op basis van met de afzonderlijke GGD'en gevalideerde inzichten. Alle bronbestanden die zijn gebruikt, zijn niet gedeeld. Wij hebben hierbij gewerkt vanuit een 'bottom-up' aanpak waarbij wij de dataverzameling op het laagste detailniveau hebben uitgevoerd. Hierin heeft AEF zich beperkt tot door de GGD'en beschikbaar gestelde documentatie. Deze inzichten zijn telkens – waar mogelijk – vertaald naar een eenduidig format om vergelijkbaarheid van inzichten te vergroten. De gegevens zijn gevalideerd met de betreffende organisatie voordat ze zijn opgenomen in het verslag.

Toetsen waar mogelijk, uitvragen waar nodig

Wij hebben de administratieve last voor de GGD beperkt door in eerste instantie te werken o.b.v. beschikbare informatie. AEF heeft er naar gestreefd om zo veel als mogelijk aan te sluiten bij de wijze van documentatie die gehanteerd wordt door de GGD'en. Hierin is contact gezocht om inzichten te duiden en verder uit te werken waar nodig.

Vergelijkbaarheid inzichten

In dit onderzoek zijn voor elke GGD afzonderlijk zowel kwalitatieve als kwantitatieve inzichten, zoveel als mogelijk, op afdelingsniveau verzameld om een zo gedetailleerd mogelijk beeld van de organisatie te schetsen. Om tot vergelijkbare resultaten te komen is gewerkt met een format met eenduidige categorieën en definities. De categorisering die wij hebben gebruikt is in detail terug te vinden in hoofdstuk 4. Deze is opgesteld op basis van beschikbare definities (bijvoorbeeld omschrijvingen van de vier pijlers) en aangevuld op basis van het eerste documentenonderzoek. In de rapportage bieden de overzichten per

afzonderlijke GGD zoals weergegeven in de bijlagen het meest gedetailleerde inzicht. De lokale invulling, definities en nuanceringen per organisatie zijn daar weergegeven. Het landelijk beeld berust op deze input en is zuiverder naarmate het aggregatieniveau toeneemt.

Betrokkenheid GGD'en
Voor de gebruikswaarde van het onderzoek is herkenbaarheid van gegevens belangrijk. De persoonlijke betrokkenheid van de afzonderlijke organisaties, niet alleen bij de resultaten maar ook bij de totstandkoming van de categorisering heeft hieraan bijgedragen en gezorgd voor een continu onderling lerend proces. Naast de begeleidingscommissie is niet alleen het SBOG (Strategisch Bedrijfsvoeringsoverleg GGD) nadrukkelijk betrokken bij de ontwikkeling van producten maar is ook de klankbordgroep van het overkoepelende stimulerings-programma (bestaande uit 4 DPG'en van de GGD'en Rotterdam-Rijnmond, Regio Utrecht, IJsselland en Twente) meegenomen in de afbakening en besluitvorming.

Aandacht voor de politiek-bestuurlijke context
Wij erkennen de mogelijke risico's bij het delen van informatie en hebben hierover afgestemd met de GGD. Naast de meer 'technische' afbakeningen hebben daarom ook de verschillende stakeholders (Rijk, VNG en GGD) een belangrijke rol gespeeld in de totstandkoming van (de mate van detail) van het eindproduct.

3.3 Scope, definities en afbakening

Voor de dataverzameling was het van belang op voorhand het onderzoek af te bakenen en enkele definities vast te stellen om gericht te werk te kunnen gaan.

Inhoudelijke afbakening
Bij de inventarisatie van kwalitatieve inzichten over de takenpakketten heeft AEF zich gericht op een duiding van *welke* taken bij een GGD belegd zijn en niet *hoe* hier invulling aan wordt gegeven. Dit betekent dat wij op regionaal niveau taken in beeld hebben gebracht maar niet hebben gekeken naar inhoudelijke verschillen.

Definities
Een belangrijk aandachtspunt in dit onderzoek is de afbakening van indirecte kosten (overhead) en de hiervoor gehanteerde definitie. Op dit moment hanteren de GGD'en andere definities voor overhead en indirecte kosten; het komen tot voldoende eenduidige definities was deel van het onderzoek. De bevindingen op dit vlak zijn terug te vinden in hoofdstuk 5.

Peiljaar
Om een vergelijking te maken is het nodig een peiljaar vast te stellen waarover alle gegevens verzameld worden. Dit onderzoek gaat in principe uit van de realisatie over 2015. Het onderzoek gaat uit van daadwerkelijke realisatie aangezien deze betrouwbaarder is dan begrotingen en prognoses. Het project ving aan in september 2016 waardoor 2015 het meest recente jaar was waarover realisatiecijfers bekend waren. In 2015 waren tevens de decentralisaties definitief wat potentieel een effect kon hebben op taken (en daarmee bezetting en budgetten) van de GGD'en. Het streven was dan ook om een zo actueel mogelijk beeld te geven maar wel op basis van realisatiecijfers.

Hoewel het streven was om voor elke GGD de realisatie over 2015 aan te houden, is in enkele gevallen hiervan afgeweken. In sommige gevallen bleek dat gegevens (om uiteenlopende redenen) voor 2016 in meer detail beschikbaar waren en beter aansloten bij de gekozen

werkwijze. Waar dit het geval was heeft AEF telkens getoetst of totaalbudgetten en budgetten per taak niet significant afweken van de inzet in 2015.

Vanaf 2018 zijn alle GGD'en verplicht te werken met nieuwe, landelijke begrotings- en boekhoudregels die zouden moeten leiden tot meer eenduidige omgang met toerekening van kosten. Dit zou in het vervolg kunnen leiden tot een betere vergelijking dan o.b.v. historische gegevens mogelijk is.

Verloop van budget over tijd

Dit rapport biedt een 'foto' van het landschap, en is daarmee een momentopname. In jaren voorafgaand aan 2015 ontwikkelde het landschap zich tot de situatie zoals beschreven in dit rapport. Nagenoeg elke GGD heeft in die jaren grote organisatorische veranderingen ondergaan (denk hierbij aan fusies, samenwerking met veiligheidsregio, integratie Veilig Thuis, organisatorische vermenging met brandweer, etc.). Een duiding van ontwikkeling van budgetten en formatie voorafgaand aan 2015 is daarom niet gemakkelijk te maken en levert weinig bruikbare inzichten op. Om die reden is besloten deze analyse buiten beschouwing te laten.

Beperkingen beschikbare informatie

Veelal is gewerkt met documentatie op het niveau waarop de GGD ook haar verantwoording aflegt richting haar gemeenten. Waar gegevens niet beschikbaar waren op een manier die aansloot bij de werkwijze van dit onderzoek, is in overleg met betreffende GGD verdere onderverdeling gemaakt. Dit was mogelijk op basis van aanvullende achterliggende informatie, of op basis van schattingen in samenspraak met de GGD. Dit heeft er in sommige gevallen toe geleid dat totalen niet aansluiten bij het jaarverslag van de organisatie. Per GGD staat in de bijlagen toegelicht welke informatie beschikbaar is, welk detailniveau hiermee behaald is en waar lokale afwijkingen ontstaan.

4 Categorisering taken

4.1 Gehanteerde taakcategorieën

De taken die door GGD'en worden uitgevoerd komen voort uit verschillende wetten. Zo komen de taken voor een deel voort uit de Wet publieke gezondheid welke ook de verplichting bevat een GGD te hebben in de regio. GGD'en kunnen echter ook taken uitvoeren op basis van andere wetten, bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet, de Wet kinderopvang, het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen, en de Wet op de lijkbezorging. GGD'en hebben, kortom, een breed scala aan taken. Een deel van deze taken is verplicht bij de GGD neergelegd, maar een groot deel kan ook door andere partijen uitgevoerd worden. Daarnaast voeren GGD'en ook taken uit die geen wettelijke grondslag hebben, zoals reizigersvaccinaties.

In de kamerbrief Betrouwbare publieke gezondheid van de minister van VWS (augustus 2014) worden enkele taken van de GGD voor het eerst benoemd als 'de vier pijlers':

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

De invulling van deze pijlers is verder uitgewerkt in het rapport Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD (2013) en zijn ook benoemd bij de aftrap van het stimuleringsprogramma publieke gezondheid in 2014. De taken die hieronder vallen worden door het veld herkend en worden door alle GGD'en uitgevoerd, al is de wijze waarop dit georganiseerd is afhankelijk van de keuzes van gemeenten.

Om taken van de GGD'en zo vergelijkbaar mogelijk inzichtelijk te maken, heeft AEF ervoor gekozen te werken met een format waarin deze taken in kaart gebracht worden op manier die in het veld het meest herkend wordt. De indeling is een ordeningskeuze vanuit de methodologie van het onderzoek en de 4 pijlers komen hier in terug.
Wij hanteren de volgende driedeling:

1. GGD-taken binnen de 'vier pijlers'
2. Veel voorkomende taken die niet binnen de vier pijlers vallen
3. Overige taken.

Naast de 'vier pijlers' die door het veld qua benaming worden gehanteerd, zijn er een aantal taken die in termen van formatie en middelen omvangrijk zijn en bij een groot deel van de

GGD'en worden uitgevoerd. Het gaat dan bijvoorbeeld om JGZ en gezondheidsbevordering. Er zijn inhoudelijke raakvlakken tussen de categorieën die in dit rapport worden toegelicht.

De categorie 'overig' wordt gehanteerd voor een aantal specifieke taken die om uiteenlopende redenen niet bij de eerste twee categorieën te plaatsen zijn. Een verdere toelichting op de taakcategorieën is te vinden in bijlage A.

Deze driedeling vormt de basis voor ons format en komt elke keer terug in dit verslag. Het format bestaat daarmee uit drie detailniveaus:

1. De **categorie** is de hoofdmoot van het format en vormt het hoogste aggregatieniveau. Categorieën zijn bijvoorbeeld de pijlers of JGZ.
2. Elke categorie is onder te verdelen in een aantal concrete **taken** welke in dit hoofdstuk worden toegelicht en geduid. Hier hebben we het bijvoorbeeld over de gezondheidsmonitor of TBC-bestrijding.
3. Onder elke taak ligt vervolgens een gedetailleerd overzicht aan **activiteiten**. Deze zijn in detail terug te vinden in Bijlage B.

4.2 Taken binnen de 4 pijlers

De 4 pijlers komen direct overeen met de door ons gehanteerde categorieën

1. Monitoring, signalering en advisering
2. Uitvoerende taken gezondheidsbescherming
3. Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises
4. Toezicht houden

Binnen elk van de pijlers maken wij een onderscheid naar de volgende taken:

Monitoring, signalering en advisering	Uitvoerende taken gezondheids-bescherming	Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises	Toezicht houden
Gezondheidsmonitor	Tuberculosebestrijding	Coördinatie, uitvoering en advies	Kinderopvang
Jeugdmonitor	SOA bestrijding - algemeen preventief	Psychosociale hulp	Tattoo- en piercingshops
Aanvullend onderzoek (epid.), overige monitors	SOA bestrijding - persoonsgebonden	Training	Seksinrichtingen
Signalering, consultatie en (beleids)advies	Overige infectieziekte-bestrijding		Schepen
Academische werkplaats	Medische milieukunde		WMO
	Technische hygiënezorg		
	PGA		

4.3 Veel voorkomende taken

Met veel voorkomende taken duiden wij taken die geen onderdeel zijn van de vier pijlers maar binnen elke GGD in meer of mindere mate worden uitgevoerd. De taken kunnen per regio verschillend worden uitgevoerd, maar de benamingen en definities die gehanteerd worden zijn vaak gelijk. Deze verdelen wij onder in vier categorieën:

1. Gezondheidsbevordering
2. Jeugdgezondheidszorg
3. OGGZ/Maatschappelijke zorg voor kwetsbare groepen
4. Forensisch medische zorg

Ook deze categorieën zijn onder te verdelen in een concreet aantal taken:

Gezondheids-bevordering	Jeugd-gezondheidszorg	OGGZ/ Maatschappelijke zorg	Forensisch medische zorg
Preventieve programma's specifieke doelgroepen	Basispakket JGZ 0-4 jarigen	Meldpunt (O)GGZ	Forensische zorg
Voorlichting en publieke informatie	Basispakket JGZ 4-18	Basiszorg (O)GGZ*	Lijkschouw
(Preventieve) ouderengezondheidszorg	Rijksvaccinatie-programma	Sociaal medische advisering	Inzet veiligheidshuis
	Psychosociale hulp bij trauma's (inzet op suïcide)	Veilig Thuis	
	Opvoedondersteuning	Centra Seksueel geweld	
	Overige (gemeentelijke) taken	Specifieke zorg verwarde personen	
	Prenatale voorlichting en zorg		

4.4 Overige taken

Overige taken kunnen commerciële activiteiten zijn of lokale samenwerkingen of innovaties en zijn vaak taken die maar bij enkele GGD'en worden opgepakt. Deze bestaan uit:

1. Ambulancezorg
2. Reizigersvaccinatie en –advisering.

Ambulancezorg: de ambulancevoorziening (AV) is een taak die zowel publiek als privaat kan worden georganiseerd. In een aantal regio's is de AV organisatorisch ondergebracht bij de GGD. Waar dat het geval is, is dat vanwege de omvang van de taak sterk van invloed op de omvang (FTE en middelen) van de organisatie. Om die reden geven we deze taak apart weer.

Reizigersvaccinatie: Deze taak is in overleg met de begeleidingscommissie vanwege het commerciële karakter apart genoemd. In de praktijk wordt deze taak wel door vrijwel alle GGD'en uitgevoerd. Qua uitvoering is deze veelal gelieerd aan taken op gebied van infectieziektenbestrijding (Pijler 2).

5 Organisatievormen

De wijze waarop de GGD organisatorisch is gestructureerd kan effect hebben op het budget en de formatie van de organisatie. Op hoofdlijnen zijn drie categorieën te onderscheiden:

- **GGD ondergebracht bij de gemeente**: de GGD maakt organisatorische (en fysiek) onderdeel uit van de centrumgemeente.
- **GGD als zelfstandige organisatie**: de GGD is een op zichzelf staande organisatie, vallend onder een Gemeenschappelijke Regeling in de regio.
- **GGD in samenwerkingsverband**: de GGD maakt onderdeel uit van een groter samenwerkingsverband met een andere organisatie (bijv. veiligheidsregio) en is hiermee organisatorisch verweven.

In totaal vallen 3 GGD'en in de categorie 1 (ondergebracht bij gemeente). 12 GGD'en vallen in categorie 2 (losstaande organisatie) en 10 GGD'en vallen in categorie 3 (in regionaal samenwerkingsverband).

Voor alle GGD'en geldt dat zij taken uitvoeren in opdracht van gemeenten op basis van een gemeenschappelijke regeling (GR). In het geval een GGD onderdeel is van een centrum-gemeente (categorie 1) voert de GGD taken uit voor omringende gemeenten op basis van een GR. Bij GGD'en in categorie 3 opereert het bredere samenwerkingsverband (bijv. de veiligheidsregio) soms op basis van een GR waarvan de GGD onderdeel is.

De regionale context wordt geduid in het profiel per GGD in de bijlagen. De wijze waarop de GGD georganiseerd is, hangt samen met een aantal aspecten, die hieronder kort toegelicht worden.

Ondersteuning en overhead

Bij GGD'en die onderdeel uitmaken van een centrumgemeente worden overheadfuncties (grotendeels) verzorgd door de gemeente. Dit betreft PIOFACH-functies. Deze worden doorbelast aan de GGD en eventueel omgeslagen over de afzonderlijke afdelingen. Daarnaast is meestal een additioneel, kleiner stuk overhead (management en ondersteuning) binnen de GGD aanwezig.

Zelfstandige GGD'en organiseren hun eigen bedrijfsvoering, ondersteuning en huisvesting. In veel gevallen werken deze GGD'en echter samen met andere organisaties om deze ondersteunende functies te organiseren. Dit kan een veiligheidsregio, RAV, brandweer, of andere GGD zijn. Twee voorbeelden zijn:

1. Het ServiceCentrum (HSC), een afdeling die bedrijfsondersteuning biedt aan de GGD'en Hart voor Brabant, West-Brabant, Noord-Oost Gelderland, en de RAV.

2. Het Klant Contact Centrum (KCC), dat klantcontact-services verleent voor de GGD'en Zeeland, Hart voor Brabant, West-Brabant, Brabant-Zuidoost, Noord en Oost Gelderland, Veiligheidsregio Limburg-Noord, en Gelderland Zuid.

GGD'en die deel uitmaken van een samenwerkingsverband kennen altijd een gedeelde ondersteuning & bedrijfsvoering binnen het samenwerkingsverband, en in de meeste gevallen gedeelde huisvesting. De kosten hiervoor worden meestal via een verdeelsleutel omgeslagen over de deelnemende organisaties. Daarnaast heeft de GGD ook vaak aanvullend enige interne overheadkosten. De mate waarin bedrijfsvoering en ondersteuning centraal is geregeld, verschilt per organisatie.

Taakuitvoering voor centrumgemeente

Bij de drie GGD'en in categorie 1 heeft de positie binnen de gemeente effect op de manier waarop zij taken uitvoeren voor de centrumgemeente, en de wijze waarop zij daarvoor gefinancierd worden. In alle drie gevallen wordt het basispakket aan taken gedeeld met gemeenten in de regio, waarbij voor de regiogemeenten een aparte GR geldt. Naast het basispakket voert de GGD voor de centrumgemeente aanvullende taken uit, waar vaak geen aparte contractafspraken over gemaakt worden. De GGD ontvangt dan een jaarlijkse totale bijdrage van de gemeente die fungeert als 'sluitpost': de gemeente draagt bij aan de totale lasten van de GGD na aftrek van de overige baten. Verder komt het voor dat bij deze GGD'en medewerkers inzet plegen voor niet-GGD taken binnen de gemeente en vice versa.

6 Taken, budgetten en formaties

6.1 Inleiding en definities

In dit hoofdstuk besteden wij aandacht aan de personele bezetting en de financiële middelen die horen bij de taken(zie de categorisering in het vorige hoofdstuk). De analyse op de cijfers leidt tot een landelijk beeld gebaseerd op totalen en bandbreedtes daarbinnen. Alle analyses baseren wij op het totaalbeeld dat voortkomt uit de profielen per GGD zoals te vinden in bijlage C.

Op hoofdlijnen hebben wij drie categorieën kosten in onze analyse gehanteerd:

1. *Directe personeelslasten*: Deze bestaan uit loonkosten, sociale lasten en pensioenkosten en waar mogelijk uit overig direct toerekenbare lasten als opleidingen, reiskosten, etc.
2. *Directe materiële lasten*: alle direct aan een taak toe te rekenen kosten die relevant zijn voor het primaire proces en niet persoonsgebonden zijn. Denk aan vaccinkosten, materiaal en specifieke softwarepakketten
3. *Overhead (indirecte lasten):* Lasten die niet specifiek aan één product zijn toe te wijzen, en in brede zin ten bate komen van de hele organisatie. Hieronder valt huisvesting, directie en bestuurskosten (activiteiten gerelateerd aan de gemeenschappelijke regeling), HRM, OR, facilitair, financiën, ICT en bedrijfsvoering algemeen.

In het onderzoek is gebleken dat een deel van de indirecte kosten goed in kaart te brengen is (stafafdelingen, directie, locatiekosten, etc.) en is uit te splitsen naar taken. Waar dit niet het geval is, is de boekhouding van de betreffende GGD gevolgd en zijn de lokale nuanceringen opgenomen. Definities en verdere uitwerking per GGD zijn in de bijlagen te vinden.

Over het algemeen kunnen we stellen dat de formatie - en daarmee de directe personeelslasten - het meest betrouwbare kwantitatieve inzicht geeft. Verschillen als gevolg van definities of afbakeningen zijn beperkt, en zijn geduid wanneer deze op een specifieke taak significant effect hebben.

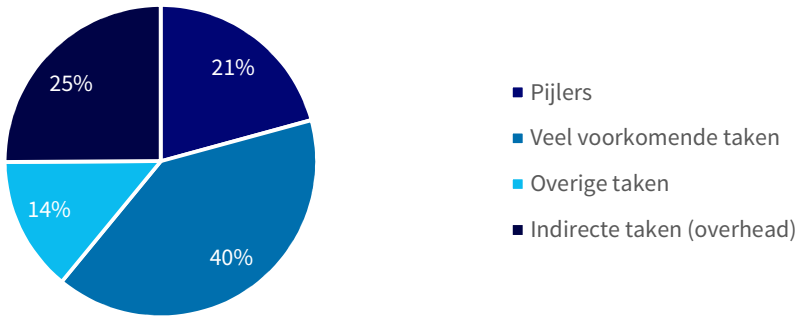
Voor overige kosten is de definitie minder eenduidig. Bij zowel overige materiële kosten en indirecte lasten zijn de cijfers sterker afhankelijk van definities en toerekeningen en is het beeld dus minder betrouwbaar. Waar we vergelijkingen trekken of een landelijk beeld schetsen werken we daarom zo veel als mogelijk op basis van formatie en directe personeelslasten. Wanneer wij totale lasten weergeven op taakniveau, dan zijn overige lasten en indirecte lasten hier vaak naar rato verdeeld om een zo zuiver mogelijk beeld te creëren. De overzichten hierna laten dan ook zien dat er verschillen optreden in de verhouding tussen formatie en budgetten.

6.2 Landelijk beeld

In onze analyse op de formatie en het budget onderscheiden we de categorieën die geïntroduceerd zijn in Hoofdstuk 4: de vier pijlers, veel voorkomende taken en overige taken. Daarnaast geven wij de indirecte kosten (overhead) apart weer.

Budget per categorie

Het landelijke totaalbudget beslaat ruim € 820 miljoen. De verdeling van deze middelen over de verschillende categorieën is weergegeven in Figuur 1.



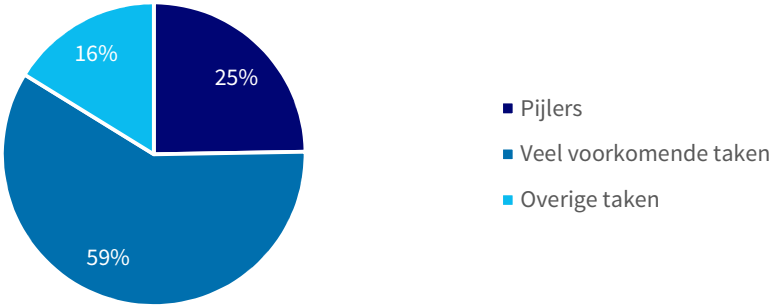
Figuur 1. Relatieve verdeling van het totaalbudget

Wat blijkt uit Figuur 1 is dat de directe kosten van de vier pijlers 21% van het budget vertegenwoordigen, terwijl de veel voorkomende taken bijna het dubbele daarvan vertegenwoordigen. Verder zien we dat landelijk gezien 14% van het budget gerelateerd is aan overige taken, terwijl dit over het algemeen taken zijn die door een beperkt aantal GGD'en uitgevoerd worden.

Tot slot blijkt dat een kwart van het landelijke budget bestaat uit indirecte kosten, waaronder de kosten die voor het bestuur van de gemeenschappelijke regeling gemaakt worden. Dit onderzoek richt zich in de eerste plaats op directe formatie en budgetten per taak en doet geen uitspraken over de wijze waarop dit georganiseerd is en laat dit budget in de verdere uitsplitsing dan ook buiten beschouwing. Exclusief de categorie indirecte kosten, is een budget van € 620 miljoen beschikbaar voor directe taken. Deze post omvat directe personeelslasten en directe materiaalkosten tegen een verhouding van ongeveer 80 : 20. Details per GGD over achterliggende budgetten zijn terug te vinden in bijlage B.

Directe personeelslasten en directe formatie

De totale landelijke formatie komt uit op meer dan 7.300 FTE maar kan niet voor elke GGD volledig vastgesteld worden vanwege de verwevenheid van overheadfuncties met gemeenten en samenwerkingsverbanden. De directe personeelslasten zijn volledig en vormen de hoofdmoot van het budget en vertegenwoordigen een landelijke formatie voor de directe taken bij de GGD van ruim 6.600 FTE. Wanneer er gekeken wordt naar **formatie** in FTE, exclusief overhead, resulteert dit in onderstaande Figuur 2.



Figuur 2. Relatieve verdeling van directe totale formatie

Voor zover gegevens beschikbaar zijn over de formatie voor indirecte taken zijn deze opgenomen in de bijlagen per GGD. De onderverdeling van FTE en directe personeelslasten naar verschillende taken is weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1. Relatieve verdeling van directe formatie en directe personeelslasten[5]

Taak	Formatie directe taken (FTE)	%	Dir. personeelslasten (€1.000)	%
Monitoring, advisering	257	4%	19.192	5%
Gez. Bescherming	984	15%	59.685	14%
GHOR	110	2%	11.432	3%
Toezicht	270	4%	13.036	3%
Subtotaal pijlers	1.621	25%	103.345	25%
Gezondheidsbevordering	227	3%	14.077	3%
JGZ	3.039	46%	197.429	47%
OGGZ	593	9%	38.523	9%
Forensisch medische zorg	73	1%	10.282	2%
Subtotaal veel voork. taken	3.932	59%	260.311	62%
Ambulancedienst	916	14%	48.673	12%
Reizigersvaccinatie	145	2%	8.405	2%
Subtotaal overige taken	1.061	16%	57.077	14%
Totaal	**6.614**	**100%**		**100%**

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de verhouding tussen taken o.b.v. formatie en directe personeelskosten minimaal verschilt. De kleine verschillen komen voort uit het opleidings- en ervaringsniveau van de werknemers waardoor gemiddelde lasten uiteenlopen.

[5] Hier ontbreken GGD'en waar de uitsplitsing op dit niveau niet te maken is: Flevoland, Gelderland Zuid en Rotterdam-Rijnmond en is dus geen landelijk totaal

Directe materiële lasten
De directe overige lasten per taak zijn niet op een dusdanig detailniveau beschikbaar dat een landelijk beeld geschetst kan worden. Wel zien we duidelijk terugkomen dat de grootste posten hier gevormd worden door de uitvoerende taken gezondheidsbescherming, de JGZ en de ambulancevoorziening. Vaak gaan deze taken gepaard met uitgaven aan medische apparatuur, vaccinkosten en laboratoriumkosten die relatief hoog zijn.

Belangrijkste noties
Uit het onderzoek komt een aantal zaken op landelijk niveau naar voren.

- In totaal werkt er ruim 6.600 FTE in de directe taakuitvoering bij GGD'en en is het totale budget ruim € 820 mln.
- De taken die onderdeel zijn van de 'vier pijlers' van de GGD beslaan ca 25% van de directe formatie.
- Binnen de pijlers wordt het grootste deel van de formatie en het budget bepaald door de uitvoerende taken gezondheidsbescherming.
- De taken die niet onder de pijlers vallen, worden voor een groot deel bepaald door de JGZ welke 46% van de formatie vertegenwoordigt.

Er zijn drie taken die vanwege omvang en organisatiekeuzes een grote invloed hebben op het landelijk beeld en ook de verhouding tussen individuele GGD'en. Deze noties zijn van belang voor een goede interpretatie van het landelijke beeld, en voor het beeld per GGD dat wij in de volgende paragraaf bespreken.

- **JGZ** (landelijk 3.039 FTE formatie en € 197.429.000 directe personeelslasten). De Jeugdgezondheidszorg omvat van alle taakvelden de meeste formatie binnen de GGD'en, ondanks het feit dat niet alle GGD'en deze taak (volledig) uitvoeren.
- **Regionale Ambulance Voorziening** (RAV) (landelijk 916 FTE formatie en € 48.673.000 direct personeelslasten). De RAV kent met een gemiddelde formatie van 130 FTE ook een aanzienlijk effect wanneer een GGD deze in de organisatie heeft. Ook hier geldt dat het landelijk beeld beïnvloed wordt doordat een beperkt aantal GGD'en deze taak uitvoeren.
- **Veilig Thuis** (landelijk 196 FTE formatie en € 9.512.000 directe personeelslasten). In sommige regio's is de Veilig Thuis-organisatie ondergebracht bij de GGD. Dit betreft vaak een omvangrijke formatie bij de GGD (gemiddeld 40 FTE) maar geldt voor een specifiek aantal GGD'en. In het landelijke beeld middelt dit uit, waardoor de formatie voor OGGZ, waar Veilig Thuis deel van uitmaakt, beperkt is tot 9% van het totaal.

6.3 Beeld per GGD

Als we het beeld bekijken per GGD zien we het volledige overzicht terug in Tabel 2 op de volgende pagina.

Tabel 2. Totaalbeeld directe formatie en directe lasten

	Directe formatie (FTE)										Dir. lasten (x € 1.000)		
GGD	**Tot.**	**MSA**	**GBS**	**GHOR**	**Toez.**	**GB**	**JGZ**	**OGGZ**	**FMZ**	**Overige taken**	**Totaal***	**Dir. pers. kosten (%)**	**Dir. mat. kosten (%)**
Amsterdam	826	42	183	13	29	39	281	203	18	17	€ 95.502	67%	33%
Brabant Zuidoost	315	18	23	1	15	7	79		3	169	€ 28.483	73%	27%
Drenthe	211	5	25	9	9		113	42	3	4	€ 15.053	92%	8%
Flevoland	306	11	62	8			82			143	€ 28.604	N.v.t.	N.v.t.
Fryslân	259	15	25		12		193	3	5	6	€ 21.203	94%	6%
Gelderland Midden	268	4	26	8	11		41	10	1	168	€ 27.506	79%	23%
Gelderland Zuid	247	4	57			26	127	34			€ 25.541	N.v.t.	N.v.t.
Gooi en Vechtstreek	22	2	5	5	3	2			1	3	€ 2.880	80%	20%
Groningen	335	3	43	10	8	2	256	7	3	5	€ 27.452	86%	14%
Haaglanden	367	9	70	1	16	27	77	55		113	€ 38.122	79%	21%
Hart voor Brabant	439	6	45	11	19	34	310	3	3	9	€ 29.780	88%	12%
Hollands Midden	341	9	18	1	11	6	221	64	4	7	€ 22.481	98%	2%
Hollands Noorden	250	16	28		8	5	172	11	2	8	€ 18.702	94%	6%
IJsselland	199	6	21	1	7	5	140	8	3	7	€ 17.693	83%	17%
Kennemerland	214	8	23	10	12	5	71	17	6	63	€ 19.848	81%	19%
Limburg Noord	176	3	23	1	8	12	121	4	1	4	€ 12.983	92%	8%
Noordoost Gelderland	128	7	28	1	12	14	56	3	2	5	€ 15.945	95%	5%
Regio Utrecht	280	13	43	1	13		184	7	3	17	€ 20.414	91%	9%
Rotterdam-Rijnmond	175	8	98	6	38			13		13	€ 12.802	N.v.t.	N.v.t.
Twente	174	6	22	1	7		135	2	1	0	€ 16.740	92%	8%
West Brabant	201	17	32	13	8	9	107	9	2	5	€ 20.863	62%	38%
Zaanstreek-Waterland	174	10	10	1	5		110	36		3	€ 17.994	87%	13%
Zeeland	175	11	15		6	18	98	21	3	3	€ 17.589	80%	20%
Zuid Holland Zuid	200	9	16	1	8	11	18	12		125	€ 35.783	N.v.t.	N.v.t.
Zuid Limburg	331	16	44	8	7	6	47	30	9	164	€ 30.513	77%	23%
Totaal absoluut (#)	**6.614**	**257**	**984**	**110**	**270**	**227**	**3.039**	**593**	**73**	**1.061**	**€ 620.475**		
Gemiddelde per taak	**289**	**10**	**39**	**5**	**12**	**13**	**132**	**27**	**4**	**46**			
Totaal relatief (%)	100%	4%	15%	2%	4%	3%	46%	9%	1%	16%	*100%*	81%	19%

Bij de tabel geldt een aantal kanttekeningen:[6]

- Uitbesteding en externe inhuur komen niet terug in de formatie. Dit overzicht betreft puur medewerkers die in dienst zijn bij de GGD.
- De formatie op GHOR taken vertegenwoordigt alleen de continue bezetting.
- Als er geen formatie bij een specifiek taak staat, hoeft dit niet te betekenen dat deze taak niet ingevuld wordt; alleen dat er geen specifieke formatie aan is toegewezen; het kan dus zijn dat taken bij andere afdelingen zijn ondervangen. Details per GGD zijn te vinden in de bijlagen.
- Als bij de budgetverdeling 'Niet van toepassing (N.v.t.)' is ingevuld betekent dit dat de ontvangen gegevens met betrekking tot de budgetten van deze GGD enkel zijn gesplitst in directe en indirecte kosten (overhead). Een verdeling in directe kosten is in dat geval niet te maken. Dit heeft tot gevolg dat de landelijk optelling van directe personeelskosten en de directe materiaalkosten niet volledig te maken is. De relatieve percentages op totaalniveau zijn dan ook gebaseerd op die GGD'en waar we wel informatie voor hebben.

In de gegevens zien we een aantal zaken terug:

- Directe materiaallasten vertegenwoordigen 19% van de totale directe lasten. De omvang van de directe materiaalkosten is sterk afhankelijk van de taak. De meeste kosten komen voort uit JGZ, gezondheidsbescherming en SOA-bestrijding. Bij SOA-bestrijding betreft dit voornamelijk laboratoriumkosten en bij overige taken posten als vaccinkosten.
- JGZ is veruit de grootste taak qua formatie en grote verschillen tussen GGD'en kunnen voortkomen uit de omvang van de regio en/of uit lokale beleidsverschillen.
- Gezondheidsbevordering kent een grote variëteit in formatie wat wordt bepaald doordat deze taak bij GGD'en zeer divers wordt gepositioneerd. Dit thema wordt ook belegd bij andere taakvelden/afdelingen van de GGD zoals MMK, beleidsadvisering en JGZ.
- Wanneer overige taken een zeer grote formatie kent (> 100 FTE), wordt dit veroorzaakt door de RAV die bij deze GGD'en aanwezig is. Details hierover zijn in de bijlagen te vinden.
- De grotere formaties rondom OGGZ gaan gepaard met fysieke meldpunten en/of de aanwezigheid van Veilig Thuis bij de GGD in de regio.

[6] In de tabel worden alleen absolute formatie en lasten gegeven. Een relatieve verdeling van formatie en lasten over taakvelden per GGD is te vinden in de GGD-profielen (Bijlage B).

7 Invulling per taak

In deze paragraaf bekijken we per categorie en taak welke activiteiten binnen GGD'en worden ontplooid, hoe deze georganiseerd zijn en geven we, waar relevant, een duiding van de formatie en omvang van de taak. Dit geeft de belangrijkste overeenkomsten en verschillen weer die gedurende de analyse zijn aangetroffen. Een gedetailleerd overzicht van alle activiteiten per GGD is te vinden in Bijlage C.

7.1 Taken binnen de vier pijlers

De taken binnen de 4 pijlers omvatten werkzaamheden die vaak verweven zitten in diverse functies en niveaus binnen de organisatie. Wel gaat het om taken die tussen GGD'en vrij vergelijkbaar zijn. Een uitzondering is toezicht: daar zien we grote verschillen optreden in welke taken een GGD in huis heeft en hoe dit is georganiseerd.

Hierna beschrijven we per taak de specifieke kenmerken

Monitoring, signalering en advisering

Omvang	– Monitoring signalering en advisering:
	  – Gemiddelde formatie per GGD: 10 FTE
	  – % van totale landelijke formatie: 4%
	– Formatie vertegenwoordigt de *dedicated* medewerkers, exclusief de tijd die andere functies eventueel besteden aan deze taak.[7]

Activiteiten	– De GGD'en kennen een vergelijkbaar pakket aan taken, waarbij de jeugdmonitor en algemene gezondheidsmonitor landsbreed worden uitgevoerd. – Beleidsadvies komt altijd terug in het takenpakket waarbij er onderscheid is in de mate waarin actief beleidsstukken worden gepubliceerd of meer op aanvraag van de gemeente wordt geadviseerd. – Nagenoeg elke GGD voert daarbij ook aanvullend onderzoek uit op aanvraag van gemeenten; soms als deel van het reguliere takenpakket, en soms o.b.v. aanvullende afspraken. – Elke GGD neemt deel aan een of meerdere (regionale) Academische werkplaatsen. Hierin bestaan er regionale verschillen over hoe actief deze

[7] Door de wisselende wijze waarop deze taak is georganiseerd bij GGD'en, kan deze taak ook uitgevoerd worden door medewerkers van andere afdelingen. In die gevallen is het vaak moeilijk specifieke formatie aan de taak toe te wijzen.

	rolinvulling is; dit komt met name tot uiting rondom het organiseren van overleggen en het opstellen van publicaties. – Beleidsadvisering kan ook plaatsvinden op het gebied van gezondheidsbevordering. In die gevallen speelt de GGD een adviserende, en geen uitvoerende rol, in gezondheidsbevorderingsprogramma's. De inzet daarop kan worden ingedeeld in de categorie Monitoring, signalering, advisering, maar ook in de categorie Gezondheidsbevordering, afhankelijk van hoe de GGD dit zelf administreert.
Organisatievorm	– Niet alle GGD'en kennen een aparte afdeling voor onderzoek en (beleids)advisering. Bij een aantal GGD'en zijn deze taken verweven in de organisatie, waarbij MSA deel uitmaakt van andere afdelingen. – Ca. driekwart van de GGD'en hebben wel een aparte afdeling die onderzoek en advies uitvoert. Soms betreft dit een stafafdeling, die ook de directie adviseert. Ook komt het voor dat een afdeling deze taak uitvoert in combinatie met activiteiten o.g.v. gezondheidsbevordering. – Als een aparte afdeling is opgezet, dan is deze vaak grotendeels gewijd aan onderzoek en monitoring en bestaat dan met name uit epidemiologen. Qua uitvoering en organisatie ligt dit dicht tegen de infectieziektebestrijding aan. Het komt ook voor dat er een apart kennis- en expertisecentrum is ingericht waar epidemiologie wordt uitgevoerd.

Uitvoerende taken gezondheidsbescherming

Omvang	– Uitvoerende taken gezondheidsbescherming:
	  – Gemiddelde formatie per GGD: 39 FTE
	  – % van totale landelijke formatie: 15%
	– Deze formatie is onder te verdelen in de volgende taken:
	  – TBC-bestrijding (22%)
	  – SOA-bestrijding (25%)
	  – Algemene infectieziektenbestrijding (31%)
	  – Medische Milieukunde (14%)
	  – Technische hygiënezorg (4%)[8]
	  – Publieke gezondheidszorg asielzoekers (4%)

Activiteiten	– Alle GGD'en geven invulling aan de (wettelijke gemeentelijke) taken rondom Infectieziektebestrijding (IZB), waaronder TBC bestrijding. – Dit betreft o.a. algemene preventieve maatregelen en bron- en contactopsporing bij meldingen. Hierin doen kleine verschillen zich voor indien individuele GGD'en bijvoorbeeld niet intern hun medewerkers opleiden maar dit extern beleggen. Ook hebben niet alle GGD'en de regiefunctie rondom TBC-bestrijding belegd. – GGD'en kennen een bredere diversiteit aan aanvullende taken binnen Technische Hygiënezorg, met name rondom toezicht. Waar nagenoeg alle GGD'en gemeenten adviseren over vergunningverlening en vragen beantwoorden van particulieren en bedrijven, ontwikkelt slechts een deel

[8] Een aantal GGD'en maken geen onderscheid tussen THZ en Toezicht, of voeren in het kader van THZ alleen Toezichthoudende taken uit. In die gevallen is de formatie gerekend tot de categorie Toezicht, en niet tot THZ. Het percentage formatie dat hier gegeven wordt bij THZ is dus exclusief Toezicht.

	van de organisaties zelf preventieve programma's of geeft opvolging aan lokale risicogroepen. – Medische Milieukunde (MMK) wordt breed ondervangen bij de GGD'en. Alle organisaties geven advies, signaleren ongewenste situaties, voeren huisbezoeken uit en geven voorlichting. Ook is er vaak een adviesfunctie richting scholen aanwezig. – Alle GGD'en voeren algemeen preventieve SOA taken uit. Persoonsgebonden SOA-bestrijding (consulten) wordt door 23 GGD'en ingevuld. Een van de grote taken waarin veel onderscheid is, is of er zelf invulling wordt gegeven aan laboratoriumonderzoek. 7 GGD'en hebben dit in huis. – Waar alle GGD'en inspecties van AZC's uitvoeren, infectieziektebestrijding voor asielzoekers uitvoeren en invulling geven aan voorlichting en advies, geldt dit niet voor algemene gezondheidschecks, monitoring en GGZ ondersteuning in de AZC's.
Organisatievorm	– Organisatorisch zijn deze taken meestal ondervangen in een aparte afdeling, dikwijls AGZ genaamd. Bij deze afdeling zitten doorgaans ook toezichthoudende taken, forensische geneeskunde, en reizigers-vaccinaties. Dit kan uiteenvallen in toegewijde teams die zich richten op specifieke disciplines als TBC-bestrijding. – Rondom de toedeling en definitie van Technische Hygiënezorg (THZ) zien we meer onderscheid. Zo maakt Toezicht organisatorisch vrijwel altijd deel uit van de THZ-taken. In sommige gevallen is er een (kleine) afdeling THZ in aanvulling op toezichthoudende taken. Bij andere GGD'en bestaat THZ enkel uit toezicht. – MMK is vaak gelieerd aan gezondheidsbevordering en wordt relatief vaak door dezelfde functies uitgevoerd. – Er wordt veel samengewerkt tussen GGD'en op gebied van TBC-bestrijding, SOA-bestrijding, en MMK. Dit betreft doorgaans artsen (bijv. tweedelijns expertise MMK of TBC-artsen) die gedeeld worden door meerdere GGD'en. Dit zijn relatief specialistische functies waarbij het niet noodzakelijk is dat elke GGD deze individueel in huis heeft. – Ook PGA varieert qua organisatievorm. Nagenoeg alle GGD'en voorzien in deze zorg maar hier is doorgaans geen aparte afdeling voor opgezet. Afhankelijk van de omvang en aard van de taken, zijn de werkzaamheden ondervangen bij 'reguliere' functies (JGZ, OGGZ, IZB, etc.).

Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises

Omvang	– Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises:
	  – Gemiddelde formatie per GGD: 5 FTE
	  – % van totale landelijke formatie: 2%
	– Niet elke GGD kent vaste formatie op deze taak. Bij iets minder dan de helft van de GGD'en wordt deze taak ingevuld door medewerkers van andere afdelingen die slechts een deel van hun tijd voorbereidingen op rampen uitvoeren. Dan betreft de vaste formatie vaak minder dan 1 FTE.
	– Wanneer de GHOR organisatorisch onder de GGD valt is deze taak groter voor de GGD. In die gevallen is de formatie op deze taak groter, met rond de 10 FTE.

	– De formatie is niet representatief voor de inzet in het geval van incidenten. Bij meldingen, kan de inzet op korte termijn (tijdelijk) worden opgeschroefd waar nodig.
Activiteiten	– Elke GGD geeft invulling aan (voorbereiding op) psychosociale hulpverlening en advies en opleiding. – Ook heeft elke organisatie de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een actueel veiligheidsplan en voert zij onderzoek uit naar rampen. – 23 GGD'en hebben structureel medewerkers beschikbaar voor het voorbereiden op rampen en incidenten.

Organisatievorm	– De organisatie van de GHOR is divers vormgegeven en er komen een viertal 'smaken' voor:
	  – De GHOR is ondergebracht bij de GGD
	  – De GGD en GHOR vormen een samenwerkingsverband in de veiligheidsregio
	  – De GHOR wordt gedeeld met een andere GGD
	  – De GGD en GHOR zijn twee losse organisaties
	– Ongeacht de vorm van samenwerking, is de DPG verantwoordelijk voor de aansturing van de GHOR en heeft elke GGD een zekere mate van vaste bezetting (koude formatie) op taken in de vorm van beschikbaarheids- en regiefuncties. Elke organisatie maakt daarnaast de keus hoe opschaling plaatsvindt vanuit andere afdelingen en organisaties in het geval van rampen en crises (warme capaciteit).
	– Binnen de GGD is de GHOR in ca. 1/3 van de gevallen een aparte afdeling. In de overige gevallen wordt deze taak ingevuld door medewerkers van andere afdelingen.

Toezicht houden

Omvang	– Toezicht houden:
	  – Gemiddelde formatie per GGD: 12 FTE
	  – % van totale landelijke formatie: 4%
	– Toezicht op kinderopvang vertegenwoordigt met 85-95% van de formatie in deze categorie de belangrijkste taak

Activiteiten	– Alle 25 GGD'en geven invulling aan toezicht op kinderopvang. Toezicht op seksinrichtingen en tattoo- en piercingshops wordt door elke GGD ingevuld. Scheepsinspecties wordt alleen uitgevoerd door GGD'en waarvoor dit relevant is gezien hun geografische ligging, dit betreft 10 GGD'en. – Er ontstaan regionale verschillen rondom bredere werkzaamheden als WMO-toezicht, toezicht op zorginstellingen en specifieke werkzaamheden rondom toezicht op schepen en grootschalige evenementen. Invulling hiervan is afhankelijk van afspraken met individuele gemeenten – Alle organisaties zijn bevoegd om inspecties uit te voeren en hierover te adviseren/rapporteren. Ook wordt vaak voorlichting gegeven aan specifieke doelgroepen en wordt soms het register kinderopvang bijgehouden – Het verlenen en intrekken van vergunningen en de bredere handhavingstaken ligt qua verantwoordelijkheid vaak bij de gemeente zelf; deze taken zijn alleen op het gebied van kinderopvang relatief vaak bij de GGD belegd.

Organisatievorm	– Toezichthoudende taken zijn bij geen enkele GGD georganiseerd als een aparte afdeling. Vaak vallen de taken onder THZ en zijn ondervangen in de afdeling die ook infectieziektenbestrijding uitvoert. – De invulling (en breedte) van de werkzaamheden bepaalt voor een groot deel in welke mate het mogelijk is om formatie en budgetten naar specifieke werkzaamheden toe te delen.

7.2 Veel voorkomende taken

Gezondheidsbevordering

Omvang	– Gezondheidsbevordering:
	  – Gemiddelde formatie per GGD: 13 FTE
	  – % van totale landelijke formatie: 3%
	– Lokale keuzes over de invulling van deze taak zijn erg bepalend voor de grootte van de formatie. De grootste formatie in het land betreft 39 FTE.
	– Doordat deze taak bij enkele GGD'en verweven is met andere taken, is de genoemde formatie per GGD niet overal een goede indicator van de gehele inzet

Activiteiten	– Alle GGD'en verschaffen publieksinformatie maar niet elke GGD zet zelf programma's en ondersteuning op; hier wordt vaak ook ondersteunend gewerkt richting de gemeente. In sommige gevallen overlapt deze inzet met beleidsadvisering (pijler 1: Monitoring, signalering, advisering). Het kan per GGD verschillen onder welke categorie deze inzet is ingedeeld. Wanneer de GGD geen uitvoerende rol heeft in gezondheidsbevorderingsprogramma's is deze inzet echter relatief beperkt. – In bijlage C is inzicht gegeven in de thema's waarbinnen de GGD'en hun preventieve programma's vormgeven.
Organisatievorm	– Organisatorisch is er in minder dan de helft van de organisaties een aparte afdeling ingericht voor gezondheidsbevordering. Dikwijls betreft dit dezelfde afdeling die onderzoek en beleidsadvisering uitvoert. – In de meeste gevallen zijn gezondheidsbevorderingstaken echter verweven binnen de organisatie. Een JGZ-team kan bijvoorbeeld verantwoordelijk zijn voor algemene gezondheidsbevordering voor de jeugd. In dat geval valt gezondheidsbevordering binnen de taakomschrijving van de JGZ-medewerker, zonder dat hier specifieke functies aan zijn toegewezen.

Jeugdgezondheidszorg

Omvang	– JGZ:
	  – Gemiddelde formatie per GGD: 132 FTE
	  – % van totale landelijke formatie: 46%
	– JGZ vertegenwoordigt de grootste formatie en loopt uiteen van 18 – 310 FTE bij die GGD'en die invulling geven aan deze taak
	– Grofweg driekwart van de formatie zit op het basispakket, ruim twintig procent op de overige taken en enkele procenten op het RVP. Vaak wordt hier slechts enkele momenten in het jaar veel formatie voor vrijgemaakt,

	wat in totaal een marginaal aandeel is van de formatie. De uitvoering van het RVP valt voor GGD'en vaak samen met het basispakket, waarbij het niet mogelijk is om de inzet besteed aan het RVP apart inzichtelijk te maken.
Activiteiten	– Rondom de invulling van het basispakket is het inhoudelijke beeld redelijk eenduidig. De meeste GGD'en die actief zijn op dit vlak, geven breed invulling aan deze taken, inclusief het Rijksvaccinatieprogramma. 3 GGD'en voeren het basispakket 0-18 geheel niet uit (voor geen enkele leeftijdscategorie). Dit zijn ook de (enige) drie GGD'en die het RVP in zijn geheel niet uitvoeren. – Voor 5 GGD'en geldt dat ze het basispakket alleen invullen voor de doelgroep 5-12 en/of 13-18, waarbij de basistaak JGZ 0-4 elders in de regio is belegd. In totaal betekent dit dat de basistaak JGZ 0-4 door 17 van de 25 GGD'en wordt uitgevoerd, waarvan 2 GGD'en dit voor een deel van de gemeenten uitvoeren. – Grotere diversiteit ontstaat er rondom aanvullende taken. Taken rondom opvoedondersteuning, logopedie, probleemjeugd en prenatale voorlichting worden erg diffuus ingevuld. Vaak gelden hiervoor dan ook aanvullende afspraken met (een deel van) de gemeenten in de regio. – 18 GGD'en geven aan samen te werken met een CJG.
Organisatievorm	– De omvang van de taak wordt onderstreept doordat bij nagenoeg elke GGD de JGZ wordt vormgegeven in een apart programma of bedrijfsonderdeel dat qua werkzaamheden los staat van de bredere AGZ-taken – In een enkel geval worden (deel)taken uitbesteed aan een derde partij. – Ca. de helft van de GGD'en geeft invulling aan de taken d.m.v. regioteams. Deze zijn aan bepaalde gemeenten of postcodes gekoppeld en vervullen binnen dit gebied alle taken rondom de JGZ die de GGD in haar pakket heeft – In sommige gevallen gaat dit gepaard met fysieke klinieken in de gemeenten. – De contactmomenten vormen de basis voor alle ondersteuning die wordt geboden om vanuit een integrale blik naar kind en gezin te kunnen kijken.

OGGZ

Omvang	– OGGZ:
	  – Gemiddelde formatie per GGD: 27 FTE
	  – % van totale landelijke formatie: 9%
	– De aanwezigheid van een fysiek meldpunt en keuzes over de invulling van de taak zijn bepalend waarbij de maximale formatie 203 FTE bedraagt

Activiteiten	– De belangrijkste taken worden gevormd door Veilig Thuis (9 GGD'en), het CSG (8 GGD'en), de meldpunten (17 GGD'en) en Sociaal-medische advisering. – Overige taken richten zich vooral op preventie rondom specifiek doelgroepen (ouderen, verwarde personen) en zijn organisatorisch vaak samen te vinden met gezondheidsbevordering.

Organisatievorm	– OGGZ-taken worden in bijna de helft van de gevallen uitgevoerd door een aparte afdeling. Bij de andere organisaties maakt OGGZ vanwege de beperktere omvang deel uit van een algemene afdeling (bijv. AGZ). – Bij sommige GGD'en is Veilig Thuis binnen de GGD georganiseerd. Wanneer dit het geval is, betekent dit een relatief grote taak met vaak een eigen formatie, waarbij VT relatief los staat van de rest van de GGD (als een eigen afdeling of programma).

Forensisch medische zorg

Omvang	– Forensisch medische zorg:
	  – Gemiddelde formatie per GGD: 4 FTE
	  – % van totale landelijke formatie: 1%
	– Cijfers over externe inhuur zijn niet opgenomen in deze omvang

Activiteiten	– Forensische zorg en lijkschouw worden door 22 GGD'en uitgevoerd. – Aanvullende taken op dit vlak komen alleen voort uit arrestantenzorg, wat 19 GGD'en uitvoeren.
Organisatievorm	– Deze werkzaamheden worden vaak ingevuld door medewerkers binnen een centrale afdeling (vaak AGZ genaamd). Bij geen van de GGD'en is hier een aparte afdeling voor ingericht. – Vaak wordt invulling gegeven aan deze taak d.m.v. uitbesteding of externe inhuur vanwege de lage intensiteit aan benodigde bezetting – Ook hebben een aantal GGD'en forensisch artsen in dienst met 0-uren contracten, welke worden afgerekend op het aantal verrichtingen.

7.3 Overige taken

Ambulancezorg

Omvang	– Ambulancezorg:
	  – Gemiddelde formatie per GGD als ze deze taak hebben: 107 FTE
	  – % van totale landelijke formatie: 14%

Activiteiten	– Ambulancezorg wordt door 8 GGD'en ingevuld. – Deze taak gaat altijd gepaard met het beheer van de meldkamer. De meldkamer voert in sommige gevallen ook werk uit voor andere hulpverleningsdiensten, zoals de brandweer.
Organisatievorm	– De RAV wordt vaak uitgevoerd in samenwerking met de veiligheidsregio, en in veel gevallen ook via de veiligheidsregio gefinancierd. – Organisatorisch staan de werkzaamheden altijd los van de overige taken waarbij hooguit (een deel van) het pand en de overheadlasten gezamenlijk worden gedragen.

Reizigersvaccinatie

Omvang	– Reizigersvaccinactie:
	  – Gemiddelde formatie per GGD: 7 FTE
	  – % van totale landelijke formatie: 2%

Activiteiten	– Vaccinatie voor particulieren is een commerciële taak die door 23 GGD'en wordt ingevuld. Dit gaat vaak gepaard met persoonlijke of groepsvoorlichting (voor risicogroepen) en eventuele medicijnverstrekking.
Organisatievorm	– De taken zijn vaak goed te combineren (qua infrastructuur, middelen en formatie) met overige vaccinatietaken waardoor dit door de GGD'en gemakkelijk te ondervangen is in het takenpakket. – Reizigersvaccinatie is altijd belegd bij medewerkers van een centrale AGZ-afdeling, welke ook infectieziektenbestrijding uitvoert. In sommige gevallen werken medewerkers taakoverschrijdend aan zowel infectieziektenbestrijding als reizigersvaccinatie.

8 Financiering

8.1 Financieringsstromen

Per taakcategorie hebben wij voor elke GGD in kaart gebracht wat de financieringsstromen zijn. Hiermee duiden we welk deel van de inkomsten voortkomt uit een ‘pakket’ met vaste afspraken met de gemeenten (o.b.v. een bedrag per inwoner) en welke inkomsten een meer variabele basis kennen.

Hierin onderscheiden we de volgende stromen op hoofdlijnen:

- **Gemeentelijke bijdrage**: Het totale bedrag dat de GGD ontvangt van de gemeenten om een basistakenpakket uit te voeren. Dit bedrag is vaak niet 1 op 1 gekoppeld aan specifieke taken, maar is een totaalbedrag voor de gehele inzet van de GGD in het basistakenpakket. De gemeentelijke bijdrage wordt doorgaans berekend op basis van een bijdrage per inwoner, met soms nog een andere verdeelsleutel zoals een bijdrage per jeugdige.
- **Gemeentelijke contracttaak**: Een dienst die de GGD aanbiedt op basis van een vast bedrag (lumpsumovereenkomst of subsidie). De kosten van de dienst worden op voorhand bepaald, alhoewel er in sommige gevallen óók sprake kan zijn van nacalculatie. Afnemers zijn veelal gemeenten.
- **Inspanningsgerichte taak**: Hieronder vallen alle taken die per eenheid worden gefinancierd. Facturen worden opgesteld op basis van een nacalculatie van het aantal geproduceerde eenheden of aantal gewerkte uren. Ook kan er betaald worden per individuele verrichting. Inspanningsgerichte taken zijn niet altijd commercieel; ook wettelijk bepaalde taken kunnen hieronder vallen wanneer de financiering plaatsvindt op basis van het aantal geproduceerde eenheden.
- **Rijkssubsidie**: De taak wordt gefinancierd door een landelijke instantie. Er is specifieke subsidiewetgeving waaraan voldaan moet worden bij het uitvoeren van de taak. Dit betreft bijdragen vanuit de Rijksoverheid, maar ook bijvoorbeeld de NZa.
- **RAV**: De baten gerelateerd aan de regionale ambulancevoorziening zijn apart benoemd, bij de GGD’en die deze taak uitvoeren. De inzet van de RAV wordt grotendeels betaald door de NZa. Dit betreft een relatief grote taak die een eigen financieringsstroom kent. Deze taak is apart gezet zodat het beeld zuiver blijft in relatie tot de GGD’en die de RAV niet in huis hebben.
- **Veilig Thuis**: Veilig Thuis wordt door enkele GGD’en uitgevoerd, en kent een eigen financiering. Net als bij die van de RAV is de financiering van VT apart benoemd om te zorgen dat het beeld zuiver blijft in relatie tot de GGD’en die VT niet in huis hebben.

- **Overig**: Een aantal GGD'en kennen overige inkomsten, die niet voortkomen uit de uitvoering van de taken. Dit betreft bijvoorbeeld baten uit detacheringen, verhuur van panden, en rentebaten.

8.2 Landelijk beeld

Hieronder is een overzicht te vinden van de relatieve verdeling van de financiering van de GGD'en, ingedeeld naar bovenstaande categorieën.

Tabel 3. Relatieve verdeling financieringsstromen per categorie

	Gem. bijdrage	(Gem.) contract	Insp. gericht	(Rijks)-subsidie	RAV	Veilig Thuis	Overig
Laagste	23%	0%	2%	2%	0%	0%	0%
Gemiddelde	46%	19%	12%	12%	9%	1%	2%
Hoogste	80%	44%	35%	36%	51%	10%	13%

Op basis van een analyse van de verschillende GGD'en komt het volgende beeld naar voren:

- De gemeentelijke bijdrage vertegenwoordigt op landelijk niveau de grootste inkomstenstroom met gemiddeld 46% van de totale inkomsten.
- Een verdere 12% komt uit (Rijks)subsidies, welke jaarlijks worden vastgesteld.
- Gemiddeld 31% komt uit gemeentelijke contracttaken en inspanningsgerichte taken, die een meer variabel karakter hebben.

Het belang van de gemeentelijke bijdrage varieert daarmee sterk: een klein aantal GGD'en ontvangt een kwart van de inkomsten uit de gemeentelijke bijdrage, en een klein aantal meer dan driekwart. Welke taken hieronder vallen verschilt per regio, maar over het algemeen betreft dit onderzoek en beleidsadvisering, uitvoerende taken gezondheidsbescherming, het basispakket JGZ, en soms OGGZ-taken.

De lokale afspraken over gemeentelijke contracten laten meer verschil zien. Dit betreft doorgaans 'plus'-taken, die worden uitgevoerd bovenop het pakket gefinancierd door de gemeentelijke bijdrage. Dit betreft aanvullende monitors en onderzoeken, IZB voor risicogroepen, specifieke JGZ-taken zoals inzet op scholen, en OGGZ-taken die niet onder de gemeentelijke bijdrage vallen. Het kan voorkomen dat taken die bij één GGD onder de gemeentelijke bijdrage vallen, bij een andere GGD een contracttaak zijn.

Inspanningsgerichte taken kennen een vergelijkbare basis en omvatten in elk geval reizigersvaccinaties en forensische geneeskunde (uitgevoerd in opdracht van politie en het OM). In sommige gevallen kunnen ook toezichthoudende taken (o.a. kinderopvang) hieronder vallen, wanneer deze worden afgerekend op het aantal geleverde inspecties. De (Rijks)subsidies betreffen doorgaans subsidies voor het uitvoeren van de GHOR, SOA-bestrijding, het rijksvaccinatieprogramma en voor opleidingen. De subsidie voor SOA-bestrijding wordt door bijna alle GGD'en ontvangen.

De RAV vertegenwoordigt vaak een significant aandeel in de totale inkomsten: bijna alle GGD'en die de RAV uitvoeren ontvangen ongeveer 50% van hun inkomsten ten bate van de RAV. In het landelijk gewogen gemiddelde komt dit lager uit omdat een relatief klein aantal (zes) GGD'en hier invulling aan geven.

9 Bevindingen

Het beeld in dit rapport is tot stand gekomen met betrokkenheid van alle 25 GGD'en en biedt een waarheidsgetrouwe, gevalideerde en gedragen 'foto' van het GGD-landschap. Dit is de eerste keer dat een landelijke exercitie op dit detailniveau is uitgevoerd; het komen tot een landelijk beeld op basis van een vergelijkbaar format en eenduidige categorisering vergde dan ook een flinke, gezamenlijke inspanning.

Op landelijk niveau sluiten budgetten en formaties die voortkomen uit dit onderzoek goed aan bij de uitkomsten van het rapport Publieke Gezondheid Borgen van de GGD GHOR NL in 2015. Dit sterkt het vertrouwen dat de analyse correct is en dat inzichten op detailniveau ook een goed beeld schetsen.

Een belangrijke constatering uit het onderzoek is dat nagenoeg alle GGD'en gedurende het traject ook hebben aangegeven de meerwaarde van het onderzoek en een eenduidig overzicht van taken en formaties te zien. Er wordt breed erkend dat de uitkomsten kunnen bijdragen aan het onderling lerend effect en een gerichtere discussie over de keuzes in taakuitvoering en organisatie-inrichting.

Categorisering en herkenbaarheid
Gegeven de verschillende beleids- en organisatiekeuzes in het land vormde het komen tot eenduidige afbakeningen en definities een belangrijk tussenresultaat van de opdracht. Een herkenbare categorisering van taken, budgetten en formaties biedt een eerste stap richting vergelijkbaarheid, wat het mogelijk maakt om een landelijk beeld te creëren zoals in dit rapport is weergegeven.

Om de herkenbaarheid van analyses te vergroten, hebben wij het onderzoek zo veel als mogelijk laten aansluiten bij bestaande werkwijzen in het veld en door de GGD'en gebruikte taakcategorieën. In de ordening hiervan spelen de vier pijlers een belangrijke rol: deze worden op verschillende wijzen ingevuld maar worden door alle GGD'en uitgevoerd. Verder onderscheiden wij veel voorkomende taken (JGZ, OGGZ, Gezondheidsbevordering en Forensisch medische zorg) die relatief eenduidig gedefinieerd worden door GGD'en, en houden een aparte categorie aan voor overige taken als de ambulancevoorziening en reizigersvaccinatie. De bevindingen zijn telkens aan deze categorisering opgehangen.

Landelijk beeld
Landelijk bedraagt het totale GGD budget € 820 miljoen. De directe lasten, waar dit onderzoek zich op focust, vertegenwoordigen 75% hiervan en bedragen ongeveer € 621 miljoen.

Het grootste deel van het budget[9] (ca. 80%) wordt bepaald door de personeelskosten. Op landelijk niveau staat hier een formatie van ongeveer 6.600 FTE tegenover die invulling geeft aan de publieke gezondheidstaken bij de GGD. Op basis van het landelijk beeld komt duidelijk naar voren dat de JGZ de omvangrijkste taak van de GGD is met 46% van de formatie (> 3.000 FTE). Ongeveer 25% van de formatie is verder verbonden aan de vier pijlers, waarbinnen de uitvoerende taken gezondheidsbescherming (IZB, TBC, SOA-bestrijding, THZ, MMK en PGA) de hoofdmoot vormen. De ambulancezorg (RAV) wordt slechts door een beperkt aantal GGD'en uitgevoerd maar is in die gevallen qua omvang de meest bepalende taak voor de formatie.

Als we kijken naar budget, zien we een vergelijkbaar beeld: een kwart van het budget is beschikbaar voor de vier pijlers. De overige taken, bestaande uit JGZ, OGGZ, gezondheids-bevordering en forensisch medische zorg vertegenwoordigen bijna 2,5 keer zoveel budget, namelijk 62% van de directe lasten en de Jeugdgezondheidszorg vormt in omvang de grootste taak van de GGD en vertegenwoordigt 47% van het totale landelijke budget. Een additionele 14% van het landelijke budget komt terug bij de overige taken Reizigerszorg en Ambulancezorg.

Overeenkomsten en verschillen tussen GGD'en

Inhoudelijk zien we dat alle GGD'en invulling geven aan de taken binnen de vier pijlers en dat er binnen de pijlertaken ook een grote uniformiteit is in de activiteiten die GGD'en uitvoeren. Deze uniformiteit is bij niet-pijlertaken over het algemeen kleiner: bijna alle GGD'en voeren taken op het gebied van JGZ, OGGZ en gezondheidsbevordering uit maar de wijze waarop invulling wordt gegeven aan taken binnen deze categorieën is meer divers. Zo geven 22 van de 25 GGD'en invulling aan (delen van) het basispakket JGZ en het RVP maar kent geen enkele organisatie een identiek takenpakket voor overige JGZ-taken. Dit reflecteert verschillen in gemeentelijke beleidskeuzes.

We zien ook een aantal overeenkomsten naar voren komen over hoe GGD'en invulling geven aan specifieke taken. De meest voorkomende hiervan zijn:

- GGD'en die JGZ-taken in huis hebben, organiseren dit in een aparte afdeling en geven hier vaak invulling aan d.m.v. regioteams die het volledige spectrum aan JGZ-taken uitvoeren (en soms andere taken zoals gezondheidsbevordering en beleidsadvisering).
- Beleidsadvies en gezondheidsbevordering zijn vaak verbonden met diverse andere afdelingen in de organisatie, waarbij er slechts weinig (of geen) personeel direct aan de taak is toegewezen maar dat deze afdelingsoverstijgend wordt ingevuld.
- Taken bij rampen, incidenten en crises (pijler 3) kennen een zeer beperkte vaste formatie maar worden gekenmerkt door de mogelijkheid snel personeel uit de gehele GGD organisatie te kunnen opschalen indien incidenten zich voordoen.
- Toezichthoudende functies maken nagenoeg altijd onderdeel uit van een bredere THZ-afdeling. Op het toezicht op kinderopvang na zijn verschillende toezichttaken vaak niet exact in formatie te scheiden.
- Specifieke taken als forensisch medische zorg en reizigersvaccinatie kennen een zeer uniforme invulling en zijn vergelijkbaar tussen GGD'en.

Het onderzoek brengt ook duidelijk de regionale verschillen in beeld. Tussen GGD'en zijn er verschillen in formatie en budget, die afwijken van het landelijk beeld. Factoren die hierop van invloed zijn, zijn onder andere:

- lokale (gemeentelijke) beleidskeuzes
- verschillen in taakinvulling tussen GGD'en

[9] Met budget wordt vanaf hier gerefereerd aan het directe budget

- organisatievorm (losstaand, samenwerkingsverband, onderdeel van centrumgemeente)
- regiokenmerken en –omvang (# inwoners/gemeenten, demografie, type problematiek.

Deze factoren zijn bepalend voor de omvang van de organisatie en de verdeling van formatie en budget over taken, maar hebben ook hun uitwerking op de taakinvulling, de organisatieopzet en de financieringswijze van de GGD. Inzichten in de verschillen en overeenkomsten tussen de GGD'en op het niveau van de taakcategorieën zijn te vinden in hoofdstuk 7 van dit rapport en regionale beleidscontext per GGD is te vinden in bijlage B.

Verschillen in formatie

Verschillen in formatie worden veroorzaakt doordat GGD'en taken niet of anders invullen, maar ook de omvang van de regio speelt hierin een rol. De grootste verschillen komen terug bij de taakcategorieën gezondheidsbevordering, JGZ, OGGZ en ambulancezorg. Bij OGGZ en ambulancezorg is dit goed te verklaren door de (al dan niet) aanwezigheid van omvangrijke organisatieonderdelen als een meldpunt OGGZ of een RAV. Bij de JGZ en gezondheidsbevordering is dit minder aan concrete taken te koppelen, maar is de omvang sterk afhankelijk van de omvang van de regio, gemeentelijke beleidskeuzes en keuzes over de organisatie-inrichting.

Verschillen in financiering

Regionale keuzes zijn ook bepalend voor de financieringsstromen van de GGD. GGD'en ontvangen inkomsten uit gemeentelijke bijdragen, contractafspraken, (rijks)subsidies en de markt. Landelijk vormen de vaste gemeentelijke bijdragen (meestal o.b.v. een bijdrage per inwoner) ongeveer 50% van de inkomsten waarbij overige inkomsten vrij evenredig verdeeld zijn over de andere financieringsstromen. Op regionaal niveau zijn hierin een aantal duidelijke verschillen:

- Taken die bij de ene GGD onder de gemeentelijke bijdrage vallen, kunnen in een andere regio als afzonderlijke contracttaken zijn vormgegeven. Dit beïnvloedt de relatieve grootte van de gemeentelijke bijdrage.
- Ook kunnen taken die regionaal zeer omvangrijk zijn het beeld beïnvloeden: GGD'en met een RAV ontvangen bijvoorbeeld ongeveer 50% van hun inkomsten uit subsidie terwijl dit landelijk significant lager ligt.

10 Reflecties en vervolgstappen

Dit hoofdstuk bevat reflecties van AEF op het voorliggende onderzoek. Deze reflecties zijn tot stand gekomen op basis van onze ervaringen in het onderzoek en onze brede kennis van het veld van de publieke gezondheid en de rol en positie van GGD'en. De reflecties zijn bedoeld om de resultaten beter te kunnen duiden en richting te kunnen geven aan mogelijke vervolgstappen.

Dit onderzoek heeft geleid tot een landelijk beeld van taken, formaties en budgetten van de GGD'en. Het biedt daarmee een gedragen basis aan inzichten en benadrukt tevens dat lokale (beleids)keuzes erg bepalend zijn voor de omvang en inrichting van de organisatie. Het hier gegeven inzicht vormt een objectieve en feitelijke basis op basis waarvan eventueel vervolgonderzoek vorm kan worden gegeven.

Ondanks aanvankelijke terughoudendheid wordt de meerwaarde van het onderzoek onderkend

Aanvankelijk leefde in het veld veel terughoudendheid richting het onderzoek, onder andere gedreven door verschil van inzicht over rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen, en over de relatie tot het Stimuleringsprogramma. Voor diverse betrokkenen was niet direct helder hoe een dergelijk onderzoek een stimulerende werking zou kunnen hebben op de kwaliteit van publieke gezondheid in Nederland.

Gedurende het traject hebben wij hierin een meer ontspannen houding gezien waarbij nagenoeg alle partijen hebben aangegeven de meerwaarde van de exercitie te zien, hoe klein de stap ook is. Het is nu de uitdaging om vanuit deze eerste stap (objectief inzicht) te komen tot een positieve beweging in het veld.

Er zijn stappen gezet in het bereiken van meer (landelijk) inzicht

In het onderzoek kwam duidelijk naar voren dat GGD'en – los van het organisatiemodel – verschillend denken over bedrijfsvoering en deze ook op andere manieren inrichten. Dit maakte dat het komen tot een eenduidig inzicht niet voor alle organisaties even makkelijk was. Grofweg zagen we hierin drie varianten:

1. GGD'en die integraal tijd schrijven en derhalve vanuit formatie geredeneerd zuiver toerekeningen aan producten kunnen doen.
2. GGD'en die redeneren vanuit programma's of afdelingen en budgetten en formatie gealloceerd hebben aan die indeling/categorisering.
3. GGD'en die gerichte keuzes hebben gemaakt over een nieuwe organisatieopzet en daarin minder redeneren vanuit klassieke producten en taken maar meer vanuit taakoverstijgende werkwijzen gebaseerd op thema's of doelgroepen.

Met name voor GGD'en uit de laatste twee categorieën was het aanleveren van gegevens volgens de gekozen onderzoeksmethodiek een uitdaging. Ook hier werd echter de

meerwaarde onderkend van vergelijkbaarheid voor het landelijk beeld, en konden we in gezamenlijkheid (op basis van aannames en toerekeningen) in de meeste gevallen komen tot een vergelijkbaar detailniveau als bij andere organisaties.

Het takenpakket van de GGD verandert; het onderzoek is daarmee een momentopname
Het is belangrijk op te merken dat dit onderzoek tijdgebonden is. Het domein van de publieke gezondheid is aan veel verandering onderhevig en GGD-taken worden jaarlijks opnieuw in regionaal verband vastgesteld. In onze gesprekken kwam regelmatig naar voren dat op dit moment (2017) het takenpakket al vaak anders is dan in het gekozen peiljaar (2015) waardoor een actueler beeld anders zal zijn dan de 'foto' in dit rapport. Dit komt voort uit lokale beleidskeuzes over het beleggen van taken en kan (in het geval van omvangrijke taken als bijvoorbeeld JGZ, Veilig Thuis en de ambulancevoorziening) ook een significant effect hebben op budgetten en formaties. Wel kunnen wij constateren dat grotere verschillen het gevolg zijn van beleidswijzigingen van gemeenten om taken wel of niet bij de GGD te beleggen, zoals het basispakket JGZ of Veilig Thuis (en het daarbij behorende personeel). Kleinere, jaarlijkse fluctuaties (bijvoorbeeld door aanvullende contracttaken) hebben weinig invloed op het landelijke beeld.

Dit rapport biedt een feitelijke basis om de onderlinge dialoog te versterken
Het onderzoek kan door zijn zo feitelijk mogelijke opzet een eerste stap zijn richting een bredere discussie rondom de taakinvulling. Tegelijkertijd moet de betekenis ervan ook niet te ver worden opgerekt. Het rapport geeft een landelijk beeld van de taken van GGD'en en kan op basis hiervan een algemeen inzicht geven van (grote) overeenkomsten en verschillen. Het rapport gaat beperkt in op achtergronden voor deze verschillen, omdat elke keuze in ratio's of kengetallen sturend kan zijn, en dat verhoudt zich slecht tot de verantwoordelijkheids-verdeling tussen Rijk, lokaal bestuur en het veld. Daarmee vormen de cijfers eerste aanknopingspunten voor een gerichte dialoog. Het ontwikkelen van kengetallen is geen neutrale exercitie.

Op basis van de gesprekken die wij voerden met de GGD'en zien wij dat er in het veld behoefte is aan aanvullende inzichten op een aantal gebieden. Dit richt zich met name op de wijze waarop en de visie waarmee verschillende GGD'en taken uitvoeren en daarmee om het identificeren en delen van *best practices*, ten bate van sterker onderling lerend vermogen. Onze gesprekspartners hebben aangegeven de onderlinge dialoog hierover te willen voeren, ook met het oog op het verkennen van eventuele onderlinge samenwerking en zo te komen tot effectievere en efficiëntere inzet van middelen.

De resultaten kunnen bijdragen aan een effectievere (periodieke) GGD benchmark
Gedurende het onderzoek is de GGD benchmark veelvuldig ter sprake gekomen. Het doel van de benchmark is om onderling lerend vermogen te faciliteren. Nagenoeg alle GGD'en erkennen dat een benchmark meerwaarde kan hebben voor de onderlinge discussie, maar dat deze op dit moment niet optimaal is ingericht. Reacties lopen uiteen maar op basis van onze gesprekken kunnen we concluderen dat niet alle relevante variabelen zijn opgenomen, en dat definities dusdanig ver uit elkaar lopen dat uitkomsten lang niet altijd leiden tot de juiste discussie.

Dit onderzoek zou kunnen bijdragen aan een herijking van de huidige benchmark om zo het lerend effect te vergroten. Dit zou moeten leiden tot een sluitende set landelijke indicatoren met eenduidige definities die periodiek kan worden bijgewerkt. Door deze indicatoren jaarlijks uit te vragen als onderdeel van de benchmark, kan inzicht gecreëerd worden in de *ontwikkelingen* die GGD'en doormaken. Hierbij gaat het enerzijds om ontwikkelingen rondom

takenpakket, budgetten en formaties, en anderzijds om ontwikkelingen in de inrichting en kwaliteit van dienstverlening.

Nieuwe boekhoudkundige regels[10] die per 2018 ingaan zullen naar verwachting in elk geval de vergelijkbaarheid van financiële gegevens van de GGD'en vergroten, waardoor het gemakkelijker wordt eenzelfde categorisering aan te houden. Het is daarom aan te raden de herijking van de benchmark in 2017 te laten plaatsvinden om per 2018 de juiste gegevens te kunnen verzamelen. In 2018 kan de benchmark dan verder verrijkt worden met kwalitatieve inzichten en gegevens.

Bij een eventueel vervolg dient de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en lokaal bestuur verhelderd te worden, waarbij het Rijk een stimulerender rol kan nemen

Binnen het publieke gezondheidsdomein hebben gemeenten en Rijk elk een eigen verantwoordelijkheid, respectievelijk vanuit inhoudelijk perspectief en op systeemniveau. Beiden zijn echter verantwoordelijk voor het stelsel; hierin zijn zij elkaars partners. De afgelopen jaren is de relatie tussen het Rijk, gemeenten en GGD'en vaak moeizaam geweest; dit hangt samen met het feit dat de taakverdeling vanuit deze rollen op dit ogenblik verschillend wordt geïnterpreteerd, wat een effectief gesprek in de weg staat. Elke partij is gebaat bij een sterke en kwalitatief hoogwaardige sector maar samenwerking moet gestoeld zijn op een gedeelde visie, het uitspreken van doelen en intenties, het duidelijk beleggen van verantwoordelijkheden en vertrouwen dat hier adequaat invulling aan wordt gegeven.

Dit onderzoek kan bijdragen aan het versterken van de onderlinge relatie door een gezamenlijk uitgangspunt te creëren. Het rapport is weliswaar tot stand gekomen in opdracht van het ministerie van VWS maar uitgevoerd in volle samenwerking met de afzonderlijke GGD'en wat heeft geleid tot een gedegen coproductie. Deze gedeelde basis is een belangrijke vertrekpunt – zeker ook om het begrip tussen Rijk en GGD over elkaars wereld te vergroten – en biedt een feitelijke onderbouwing voor vervolgonderzoek. Een onderling lerend effect vraagt nu meer eigenaarschap en regie in het veld, en een rol op meer afstand vanuit de systeemverantwoordelijkheid van het Rijk.

Redenerend vanuit deze rollen zou een eventuele vervolgstap nu een eerste verantwoordelijkheid van het veld moeten zijn. Hierbij is een belangrijk aandachtspunt dat het onderzoek lokale ontwikkelingen niet in de weg mag staan. Het biedt een basis voor verdere discussie over de organisatieopzet, maar heeft nog tot doel om meer landelijke uniformiteit te creëren. De inhoudelijke vragen over waar organisaties staan, op welke vlakken van elkaar te leren valt, hoe de kwaliteit van publieke gezondheid in Nederland vanuit de rol van de GGD verbeterd kan worden, en welke gegevens hiervoor nodig zijn, zijn een regionale (bestuurlijke) verantwoordelijkheid. Deze discussie dient tussen GGD's en in samenspraak met het lokaal bestuur gevoerd te worden. Het Rijk kan hierbij een vooral stimulerende rol spelen.

Het voorliggende onderzoek geeft inzicht in de taken en formaties van GGD'en. Publieke gezondheid wordt echter niet alleen door de GGD vormgegeven. Om verbeterpotentieel te duiden is het in onze beleving dan ook noodzakelijk om GGD'en in de bredere context van het sociale domein te bekijken en gezamenlijk met alle betrokkenen de dialoog te voeren. Het is hierbij een opgave voor de betrokken partijen om te investeren in het vinden van 'samenwerkingsenergie', vanuit het belang van een gemeenschappelijk gevoelde verantwoordelijkheid voor (openbare, actieve, preventieve) publieke gezondheidszorg.

[10] Besluit Begroting en Verantwoording Provincies en Gemeenten.