

Q&A's ten behoeve van bestuurders over de begroting 2024 van de GGD-RR

Tijdens of voor de technische sessie inzake de begroting 2024 zijn de volgende vragen gesteld:

Q. a. Kunt u een nadere onderbouwing geven voor de stijging in kosten ten aanzien van het product B1 Infectieziektebestrijding? Met name dit product heeft een significante impact op de begroting en de inwonerbijdrage. Ik zou graag meer inzicht ontvangen in de opbouw van deze post en het waarom van de sterke kostenstijging.

b. In de aanbiedingsbrief wordt gesproken over de meerjarenbegroting 2024-2027. Wij hebben echter alleen de begroting 2024 als bijlage ontvangen, daarin zit geen doorkijk naar de meerjarencyclus. Dat inzicht zou ik graag alsnog ontvangen.

A.

a. De stijging in kosten ten aanzien van infectieziekte bestrijding is toegelicht in de raadsinformatiebrief. Voor hier volstaan we dus met het verwijzen naar dit uitgebreide antwoord in de raadsinformatiebrief

b. Wat betreft de vraag over de meerjarenbegroting. Het gaat hier om begroting 2024. Dit is echter de eerste begroting van de vierjarenbegroting (2024-2027). Op de volgende begrotingen in deze reeks zal in principe alleen het indexatiepercentage van toepassing zijn zoals afgegeven door de kring van gemeentesecretarissen van de regio Rotterdam-Rijnmond. Alleen bij onvoorziene majeure omstandigheden zal opnieuw gekeken worden of er tussentijds iets gewijzigd moet worden maar dat is niet het uitgangspunt.

Q. Van de vier genoemde oorzaken van een bovengemiddeld risico op infectieziekten, gelden er drie niet voor VaZ, Het rekenmodel is gebaseerd op de situatie in Rotterdam. Toch moten wij – net als alle andere gemeenten in het werkgebied van de GGD Rotterdam Rijnmond een 37% hogere bijdrage gaan betalen. Voor ONS gevoel klopt dat niet. Vooral ook omdat Rotterdam voor de extra kosten die samenhangen met de sociale structuur van een grote stad, extra geld ontvangen.

A. Voor alle taken geldt dat deze gelijkmatig verdeeld zijn over de regio. De druk op infectieziekten is hoog (doordat infectieziekten bovengemiddeld meer voorkomen in onze regio) en geldt voor de hele regio, en niet alleen voor Rotterdam. Alleen voor de taak TBC bestrijding geldt dat TBC meer voorkomt in Rotterdam en daarom betaald Rotterdam voor deze taak ook bijna een half miljoen euro meer. De andere taken worden op basis van inwoneraantal verdeeld over de regio. Iedere gemeente betaald dus naar rato. Dit past ook in het solidariteitsmodel dat onze regeling kent. Of er nu in een jaar meer of minder uitbraken zijn in een bepaalde gemeente wordt ook niet verrekend. Op de lange termijn geldt dat de hele regio in dezelfde mate getroffen wordt door infectieziekten.

Daarnaast is de verhoogde druk door het bovengemiddeld voorkomen van infectieziekten maar een van de oorzaken voor de gestegen kosten. Belangrijker is nog dat de wettelijke eisen aan zorginstellingen zoals de GGD en het aantal medeplichtige ziekten de laatste jaren enorm zijn toegenomen en dit zorgt voor een grote stijging aan werkzaamheden en dus ook kosten.

Q. Hoe verhoudt de Gemeenschappelijke regeling GGD-RR zich tot andere GGD regio's?

A. De verhoudingen ten opzichte van de andere regio's is te zien in de openbare benchmark. Daarbij dient wel rekening gehouden te worden met de verschillen tussen de regio's. Zo is bijvoorbeeld in de

regio Rotterdam Rijnmond het CJG niet opgenomen in de Gemeenschappelijke regeling, terwijl dat bij andere regio's wel is. De vergelijking met de G4 regio's laat zien dat Rotterdam Rijnmond in de onderste regionen zit met de inwonersbijdrage. Zeker als de vergelijking is met de GGD in Amsterdam. Daar wordt een inwonersbijdrage gehanteerd van € 40 is. Daarnaast zijn ook de andere regio's bezig met een soortgelijk traject om de inwonersbijdrage te verhogen.

Q. Hoeveel TBC uitbraken zijn er in onze regio?

A. Zoals ook te zien is in het jaarverslag zijn er in 2022 90 uitbraken geweest. Dat is een relatief aantal. Alleen is er per uitbraak wel veel benodigd om alle contacten te screenen. Als voorbeeld wordt één uitbraak op een middelbare school gegeven, waardoor er drie duizend mensen gescreend diende te worden.

Q. Graag een nadere duiding van de secretarisregeling

A. Al meer dan 10 jaar wordt het indexeringspercentage van de kring van Gemeentesecretarissen gehanteerd.

Q. Hoe stuurt u op bezuinigingen?

A. In de periode 2011-2015 heeft de GGD de opgelegde bezuinigingen vanuit de kring van gemeentesecretarissen gerealiseerd door o.a. het schrappen van taken. Hierdoor is echter nu een minimaal basistakenpakket ontstaan waar niet verder in gesneden kan worden omdat we dan onder het wettelijk minimum zouden komen. Het overheadpercentage is voor de GGD als onderdeel van de Gemeente Rotterdam niet direct beïnvloedbaar omdat ervoor gekozen is om de regeling onderdeel te laten zijn van de gemeentelijke organisatie van Rotterdam. Daarmee worden alle ondersteunende taken ook geheel uitgevoerd door Rotterdam. Uiteraard heeft efficiënte uitvoering van taken voor de gemeente Rotterdam zelf ook prioriteit maar aparte en op zichzelf staande taakstellingen op overhead zijn door de GGD niet te realiseren om eerder genoemde reden.

Q. Waarom wordt de inwonersbijdrage verhoogt als gevolg van de Wet Openbare Overheid(WOO) of de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)?

A. De inwonersbijdrage wordt inderdaad voor een klein stukje verhoogd omdat de GGD-en zich moeten houden aan de wet- en regelgeving vanuit het Rijk. Daarbij moet de GGD-RR zich houden aan de specifieke en aanvullende regels die gelden bij het verwerken/opslaan van medische gegevens. Het Rijk heeft hiervoor geen extra middelen beschikbaar gesteld. Wel wordt er op zoveel verschillende manieren samengewerkt met andere gemeenschappelijke regelingen zoals de Veiligheidsregio. De kanttekening daarbij is wel, dat de implementatie vaak toch afwijkt bij de verschillende gemeenschappelijke regelingen.

Q. Waarom wordt de inwonersbijdrage toch niet extra verhoogt als gevolg van het rapport Volksgezondheid en Samenleven?

A. Ten tijde van bespreking van de nieuwe begroting in het Algemeen Bestuur was het rapport nog niet beschikbaar. Wel zijn er diverse scenario's besproken waaronder de meest uitgebreide variant, die aansluit met de ambities zoals gesteld zijn in GGD 3.0. Daarvoor was een inwonersbijdrage van € 18 benodigd. Het scenario waar het Algemeen Bestuur uiteindelijk voor gekozen heeft betreft de minimale variant waarbij door de GGD RR alleen voldaan kan worden aan het wettelijk vereist minimum.

Q. Jullie doen een uitbreiding van de beschikbare capaciteit. In hoeverre is er dan rekening gehouden met de krapte op de arbeidsmarkt?

A. De afgelopen Corona-jaren zijn er veel medewerkers bij Corona ingestroomd. Op het hoogtepunt waren dat er ruim 3.000. Daaruit zijn en kunnen er mensen overstappen naar de GGD. Uiteraard is

vooral de krapte bij de artsen ook merkbaar bij de GGD. Toch hopen we voldoende capaciteit te kunnen organiseren om te blijven voldoen aan de wettelijke vereisten.

Q. Als er gekozen is voor de minimale variant. Hoe toekomstbestendig is deze GGD-RR?

A. Vanuit de GGD-RR wordt zo slim mogelijk omgegaan met de beschikbare middelen om toch nog stappen te kunnen zetten. Het is een politieke afweging geweest om te kiezen voor deze minimale variant.

De onderstaande vragen zijn naar aanleiding van de eerdere communicatiemomenten opgesteld.

Q. Wat 'krijgen' gemeenten/inwoners voor de onvermijdbare claim?

A. Een GGD die per 2024 weer gesteld staat om alle wettelijke basistaken op het minimaal vereist wettelijk en kwalitatief niveau uit te voeren. (Bevat geen extra's in de zin van 'producten' t.o.v. de huidige GGD. Dit is onvermijdbaar om te anticiperen op de toenemende infectiedruk en tegelijkertijd *alle* taken ter bescherming volksgezondheid onder IZB te kunnen uitvoeren, conform wettelijke standaards en kwaliteitseisen. De vraag kan je ook omdraaien: bovenstaande hebben gemeenten *niet* als de inwonerbijdrage niet minimaal met dit bedrag stijgt.

Q. Waarvoor worden de landelijke middelen die zijn toegezegd door VWS ingezet?

A. Dit is opgenomen in de raadsinformatiebrief. De SPUK "Versterking infectieziekte-bestrijding en pandemische paraatheid GGD'en" is niet inzetbaar voor de basistaken conform de wettelijke taken Wpg maar moet op de pijlers worden ingezet en verantwoord aan VWS en zijn voor de (boven)regionale versterking t.b.v. pandemische paraatheid.

Q: Waarom moeten gemeenten bijdragen aan crisisbeheersing, als er rijksmiddelen voor pandemische paraatheid worden verstrekt? A:

de regio is en blijft verantwoordelijk voor lokale, regionale én bovenregionale crisisbeheersing/-bestrijding. De middelen van het Rijk, structureel, incidenteel of in de vorm van een meerkostenregeling dragen bij aan inzet van regio Rotterdam Rijnmond bij landelijke crisisbeheersing en/of bestrijding. De LFI zal pas in de hoogste staat van crisis een actieve aansturing uitvoeren. Voor de hele piramide van opschaling daarvoor is de GGD RR zélf aan zet: van strategie, methodiek tot aan uitvoering. De onvermijdbare meerkosten worden ingezet voor de waakvlam organisatie bij de GGD RR. Middelen die vanuit het Rijk aanvullend worden gegeven rondom 'pandemische paraatheid' zijn voornamelijk gericht op het structureel versterken van de Infectieziektebestrijding om landelijke sturing mogelijk te maken. Aanvullend: op het hoogtepunt van de corona-crisis waren er meer dan 3000 medewerkers werkzaam in de corona-organisatie, met incidentele middelen VWS kunnen we slechts 8 fte behouden. Bovendien willen we de lessen van corona breder inzetten dan 'pandemische paraatheid' waar het Rijk zich op richt in de versterkingsmiddelen. We weten immers niet wat de volgende crisis is (kan ook een milieuramp zijn).

Q. Is de verdeelsleutel wel proportioneel (inwonerbijdrage)?

A. Dit is zo vastgelegd in de GR (bestuurlijk besluit) en deze verdeelsleutel is gebaseerd op een rapport van PWC destijds. O.b.v. het aantal meldingen heeft de GGD geen signalen dat dit niet-proportioneel zou zijn. (M.u.v. TBC waar Rotterdam een extra bijdrage betaalt omdat percentage meldingen in de gemeente Rotterdam structureel hoger ligt dan de regio.)

Q. Kan de gemeenteraad tegen de GGD-begroting stemmen?

A. Gemeenteraden kunnen, zoals de wet op Gemeenschappelijke Regelingen dat voorschrijft, binnen 12 weken een zienswijze indienen. Dat is dus iets anders dan instemmen of de begroting afkeuren. De zienswijzen zijn voor provinciale staten en fungeren als middel voor de provincie om de

toezichhoudende taak op de begroting van gemeenschappelijke regelingen te kunnen uitvoeren. Instemmen of afkeuren van de begroting heeft al plaatsgevonden door het algemeen bestuur. Het in stand houden van de GGD is bij de Wet publieke gezondheid de plicht van colleges B&W (wethouders Volksgezondheid zijn gemandateerd in AB-GGD). Zij gaan dus ook over de begroting van een GGD.

Q. wanneer komt de nieuwe VISI-norm en wat betekent dat voor de GGD-begroting?

A. Dit antwoord is ook opgenomen in de raadinformatiebrief van 9 feb. jl. Zoals eerder is toegelicht (notitie wethouderronde najaar 2022, agendapost AB-GGD 8 december 2022 en raadinformatiebrief 9 februari jl.) levert de VISI-norm een rekenmethode voor het bepalen van de gemiddelde benodigde formatie om als GGD uitvoering te geven aan de kerntaken van infectieziektebestrijding. In de raadinformatiebrief is opgenomen dat de nieuwe VISI-norm consequenties kan hebben die nu nog niet geheel zijn te voorzien, wat te zijner tijd mogelijk een bijstelling van de GGD-begroting vereist. Daarbij is er altijd het voorbehoud, dat de vierjarenbegroting bij bijzondere ontwikkelingen tussentijds kan worden bijgesteld.

Q. Waarom horen gemeenteraden dit verhaal ‘nu pas’ – voorheen ging alles goed toch?

A. In de gemeenteraadsbrief van 9 febr. jl is dit toegelicht: per 2018/2019 (o.a. na invoering AVG) is o.b.v. ervaren druk en knelpunten in de GGD gestart met visietraject ‘GGD 2.0’ – echter, begin 2020 met komst corona niet uitgelopen, maar door voorgaand DPG wel opdracht gegeven (eind 2020) voor visietraject GGD 3.0 (o.l.v. KPMG). Daarbij was het perspectief ècht dat er forse structurele extra Rijksbijdragen zouden komen. Dat perspectief is gewijzigd, en in brief van 9 feb. incl. bijlagen wordt uitgebreid toegelicht welke wettelijke taken en eisen we als GGD niet kunnen voldoen zonder deze minimale basisinvestering die nu voorligt.

Q. Wat is het belangrijkste verschil tussen de visie van GGD 3.0 en de begroting 2024 die nu is gebaseerd op de onvermijdbare claim ?

A. GGD 3.0 was de door het AB vastgestelde visie waarbij er vanuit werd gegaan conform de verwachtingen in corona-tijd, dat er ruime rijksfinanciering kwam om dit mogelijk te maken. Toen dit uitbleef is GGD 3.0 aangehouden als de stip op de horizon : een proactieve vooruitstrevende GGD, die in staat is om direct op uitdagingen (risico’s) in de regio te anticiperen en te adviseren met positieve effecten op de publieke gezondheid van inwoners. Begroting 2024 gebaseerd op onvermijdbare claim = de noodzakelijk basis GGD die weer op orde is en de minimale wettelijke taken goed kan uitvoeren. Willen we het sobere basistakenpakket continueren, moeten we anticiperen op een aantal ontwikkelingen om wettelijke taken conform geldende kwaliteitskaders uit te voeren (deze GGD wil je eigenlijk niet zijn).

Q. Wat is verschil tussen ‘Vorbereiding op grootschalige infectieziekte-uitbraken’ (kerntaak 6 IZB) en extra taken crisisbeheersing onder GROP (A3)?

A. IZB-specifiek gaat het o.a. om het (verplicht) oefenen en actueel houden van de vaardigheden van het personeel. Het is bijvoorbeeld nodig om te blijven oefenen op het goed aan- en uitkleden als gewerkt moet worden in/met persoonlijke beschermingsmiddelen. Extra taken crisisbeheersing onder GROP zijn GGD-breed inzetbaar (er kan bijvoorbeeld ook sprake van een milieuramp zijn).

Q. Wat voor GGD heeft de regio, als wordt geïnvesteerd in de noodzakelijke variant?

A. Een ‘moderne’ GGD die kan anticiperen op de 21^e eeuw. De sobere GGD die hier in Rijnmond al 20 jaar op dezelfde manier werkt, is niet meer van deze tijd. Die mist gigantische kansen. Het is niet uit te leggen, dat we als GGD niet standaard datagedreven kunnen werken. Zeker niet als je de problematiek en gezondheidsrisico’s van deze regio in ogenschouw neemt.

Diverse onderzoeken wijzen daarnaast uit dat we de inwoners moeten op zoeken om ze te bereiken voor bv het vaccineren, te informeren over gezonde voeding, etc. Met onze wijkaanpak doen we dit nu. Doen we deze investering niet, dan moeten we stoppen met de wijkaanpak.

Q. Hoeveel hoger is de 'infectiedruk' in Rijnmond t.o.v. andere regio's?

A. De infectiedruk is onevenredig groot in onze regio. In de regio Rotterdam-Rijnmond woont 7,6% van de Nederlandse bevolking. Over 2019-2021 was ons aandeel in het aantal Nederlandse meldingen van meldingsplichtige ziekten exclusief COVID 9,1%. Dit betekent dat we 20% meer meldingen hadden dan je op basis van inwonertal zou verwachten. Tot zover exclusief COVID. COVID is ook meldingsplichtig en domineerde in 2020 en 2021 natuurlijk alle cijfers. Voor 2020 en 2021 is ons aandeel in het totaal van de Nederlandse COVID-meldingen behoorlijk verschillend: 9,9% in 2020 en 8,2% in 2021, ofwel respectievelijk 30% en 8% meer dan je zou verwachten op basis van inwonertal. (Geen verklaring voor dit verschil voorhanden). Zowel bij ons als landelijk waren er in 2020 veel minder meldingen dan in 2021. Als je de aantallen van 2020 en 2021 optelt is ons aandeel in alle meldingen 8,6%; dat is 14% meer dan je zou verwachten op basis van inwonertal. Aanvullend: hier kan naar de presentatie verwezen worden in het AB van 23 febr. jl, waar DPG a.d.h.v. grafieken situatie heeft gepresenteerd.

Q. Wat is aanleiding/achtergrond van allerlei gewijzigde en nieuwe wetgeving waarop de GGD zegt te moeten anticiperen (raadsbrief 9 feb. jl.)?

A. Reden voor deze wetten is het borgen van kwaliteit en kostenbesparing in de (steeds duurder wordende) zorg, door efficiënter en met minder mensen het werk te kunnen doen. Digitalisering van de maatschappij biedt hiertoe mogelijkheden. Maar met mogelijkheden ook bedreigingen. Voorbeeld: middels camerasignalering boven bed kan snel opgetreden worden bij onwel worden of valaccidenten in de thuiszorg. Daarmee is minder personeel nodig. Zelf beheren van digitale medische dossiers door patiënten zelf verbeterd samenwerking en voorkomt dubbele handelingen. De nieuwe wet eist daarom ook min of meer om hierop te ontwikkelen. GGD'en kunnen niet achterblijven daarin. Doen zij dit wel en gaan zij niet mee in deze ontwikkelingen, dan zal uiteindelijk de samenwerking en dienstverlening (bv door verouderde systemen of niet hebben van digitale functionaliteiten) niet meer voldoen (zeker niet in de landelijke samenwerking met RIVM en zal dat tot extra kosten leiden indien die inhaalslag dan gemaakt moet worden. Anticiperen op nieuwe uitbraken IZ. Corona heeft geleerd dat er meer opgeleid personeel ingezet moet kunnen worden, die niet onttrokken worden aan andere taken (leegstroom, met uitgestelde zorg tot gevolg). Deze mensen moeten niet op het moment supreme die kennis krijgen en opgeleid worden, maar op voorhand die kennis hebben. Om zo ook bijv. excessen als een datalek door misbruik van autorisaties te voorkomen. De ontwikkelingen digitalisering, inzicht in kansen op (nieuwe) besmettelijke ziekten en dreigende pandemieën, tekorten in menskracht in de zorg, maakt dat ook GGD'en zich hierop moeten voorbereiden. En dat kost geld.