

Bylage

## Project Aansluiting Wcpv en Wmo

### Rapport fase II

Den Haag, 30 november 2004

Directie PG



## Profielen per domein

Volgens de in het projectplan opgenomen format worden hier schematisch de relevante domeinen uit de Wcpv weergegeven, nl. de

- jeugdgezondheidszorg (JGZ);
- openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ);
- gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (incl. –bescherming, GVO) en
- epidemiologie en informatie (EPID).

Per domein worden de volgende aspecten aan de orde gesteld:

- hoe luidt de taakomschrijving;
- welk publiek belang is hier aan de orde;
- hoe is deze taak nu geregeld, wettelijk, financieel en organisatorisch;
- hoe vindt thans de uitvoering plaats;
- kan taakuitvoering door particuliere organisaties plaats vinden, of moet dat publiek;
- is waarborging van kwaliteit van overheidswege noodzakelijk en zo ja wie voert dat uit;
- is overheidstoezicht op de taakuitoefening nodig en zo ja door wie moet dat plaats vinden;
- is er sprake van samenhang of zelfs overlap met prestatievelden uit de Wmo;
- kan de taakbehartiging of de uitvoering ervan worden ondergebracht onder verschillende wetten;
- is er noodzaak van centrale sturing door het rijk? Zo ja waarom en in welk opzicht moet die plaats vinden;
- kan deze eventuele noodzaak ook op een alternatieve manier in regelgeving of anders worden geborgd;
- is er een optimale schaalgrootte voor taakuitoefening; en
- werkt een systeem van 'horizontale verantwoording' op dit domein.

## Profiel van het domein: Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

1	Taakomschrijving	JGZ is preventieve gezondheidszorg t.b.v. personen in de leeftijd van 0 tot 19 jaar, bestaande uit de in artikel 3a, tweede lid (Wcpv) bedoelde taken. In het Besluit JGZ zijn deze (bij amvb) tot op productgroepniveau nader vastgelegd en vervolgens uitgewerkt in het zgn. Basistakenpakket JGZ (2003) met omschrijvingen van hetgeen van voor uitvoering verantwoordelijken wordt gevraagd (in termen van producten en activiteiten). Contactmomenten zijn deel van landelijke afspraken.
2	Welk publiek belang?	Gezondheid van de jeugd (en daarmee ook de bevolking) is van vitaal maatschappelijk belang. Denk aan het voorkomen van uitval en het belang van vroegsignalering van risico's bij kinderen (gedrag, overgewicht, groeistoornis e.a.). Met name de collectief-preventieve taken zijn bij uitstek overheidsverantwoordelijkheid. De samenhang voor zorg rondom kwetsbare jeugdigen, met daarbij afstemming tussen lokaal, regionaal en provinciaal.
3	Hoe regeling nu? - wettelijk - financieel - organisatorisch	(w) De taken zijn wettelijk geregeld in de Wcpv en het daarop gebaseerde Besluit JGZ (f) De financiën lopen 1) gedeeltelijk via een tijdelijke (tot 2008) Regeling specifieke uitkering, in aanvulling op het Gemeentefonds (n.l. de voorheen AWBZ-middelen tbv 0-4 jarigen), gebaseerd op de Kaderwet Volksgezondheidssubsidies; 2) gedeeltelijk via de algemene uitkering uit het Gemeentefonds (4 tot 19-jarigen) (o) De wet draagt de taken op aan de gemeenten (met de mogelijkheid tot overdracht).
4	Uitvoering door?	Uitvoering vindt plaats onder gemeentelijke verantwoordelijkheid door de GGD dan wel (bij 0 – 4 jarigen) door thuiszorgorganisaties met JGZ in het pakket (bureaus 0 – 4 jarigen of Centra ouder- en kindzorg).
5	Kan dat privaat / publiek?	Verantwoordelijkheid is aan de overheid (publiek belang); de uitvoering kan worden gedelegeerd aan particuliere organisaties.
6	Kwaliteitswaarborgen nodig en door wie?	Gezien de vitale belangen rond en de noodzakelijk medisch-professionele uitvoering van de JGZ is kwaliteitsborging onder (eind)verantwoordelijkheid van de overheid noodzakelijk. Operationele invulling daarvan kan binnen door de overheid te stellen grenzen door instellingen / beroepsgroepen worden gedaan. De Kwaliteitswet zorginstellingen is van toepassing. Aspect hier: noodzaak tot standaardisatie en uniformering.
7	Toezicht nodig? Door?	Toezicht vindt wettelijk plaats door de IGZ en moet behouden blijven.

8	Samenhang / overlap met WMO prestatievelden?	Er zijn duidelijke <u>raakvlakken</u> met veld nr. 5 uit de Wmo: 'het op preventie gerichte ondersteunen van kinderen of jeugdigen die problemen hebben met opgroeien of ouders die problemen hebben met opvoeden'. Dit raakt de vijf functies van het gemeentelijk preventief jeugdbeleid (vooral gericht op gezins- en opvoedingsondersteuning). Enige <u>overlap</u> is er waar het Besluit JGZ spreekt van enkele (maatwerk)taken m.b.t. het milieu van de jeugdige en te verlenen advies en voorlichting (zie de formulering van enkele deelactiviteiten binnen de artt. 3, 4 en 8). Dit vereist nadere afbakening, ook gezien de omschrijvingen van de productgroepen 4 en 6 van het basistakenpakket JGZ.
9	(On)deelbaarheid van de taakbehartiging of – uitoefening?	Uitsplitsing van deeldomeinen binnen de JGZ en deze onder verschillende wettelijke regimes brengen, is theoretisch denkbaar. Bijv. scheiding van uniforme en maatwerktaken met een medisch karakter (Wcpv) enerzijds en maatwerktaken die dicht liggen bij de opvoedingsondersteuning en het signaleren van sociale problemen (naar Wmo) anderzijds. Een andere denkbare vorm zou zijn: Algemeen en medisch blijft Wcpv, sociale risico's gaan naar Wmo. Daarmee worden deze zo dan wel onder verschillende sturings- en kwaliteitsregimes gebracht. Gezien de nauwe samenhang en nodige gemeenschappelijke regie in beleid en uitvoering (het 'in elkaar grijpen') is dit <i>niet</i> gewenst. Wel lijkt nadere afbakening tussen Wcpv (Besluit JGZ, artt.3,4 en 8) en Wmo nodig/wenselijk.
10	Noodzaak centrale sturing door het rijk? - Waarom  - Hoe en wat	Gezien vitale belangen, noodzakelijke eenheid van beleid en doelmatigheid, zijn blijvende rijksverantwoordelijkheid voor de JGZ en daarmee ook centrale sturing noodzakelijk en verantwoord. Via het stellen van nadere voorwaarden (via voorschriften c.a.) aan gemeenten en eventuele uitvoerende organisaties.
11	Alternatieve regeling (eventueel elders) denkbaar?	Centrale sturing in de JGZ vereist enige wettelijke basis, hoe en waar dan ook. Er is geen alternatief dat deze noodzaak kan opheffen. Convenant of anderszins is ontoereikend. Dan is er ook geen bezwaar tegen integrale handhaving binnen de Wcpv (behoudens de gewenste verduidelijking in de afbakening zoals bedoeld onder punt 8).
12	Optimale schaalgrootte?	Voor de algemene taken en voor taken met specifieke kennis en deskundigheid is een zekere schaalgrootte noodzakelijk.

13	Werkt 'horizontale verantwoording?'	<p>In de JGZ is sprake van duidelijke verticale sturing door het rijk. Horizontale verantwoording werkt niet voor met name die onderdelen die een collectief belang vertegenwoordigen (bijv. bij de vaccinatiegraad of de hieprijk voor het opsporen van zeldzame aandoeningen).</p> <p>In de gemeentelijke nota Gezondheidsbeleid legt ze aan raad en burgers wel verantwoording af over de uitvoering van Wcpv-taken in algemene zin.</p> <p>Voor het JGZ-maatwerk gedeelte legt de gemeente verantwoording af aan de raad (besteding van gemeentemiddelen).</p>
----	-------------------------------------	--

*P.M.* Evaluatie vindt plaats in 2006. Per 1-1-08 verdwijnt de RSU tenzij blijkt dat het niet goed loopt.

### Profiel van het domein: Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

1	Taakomschrijving	<p>Alle activiteiten m.b.t. geestelijke volksgezondheid die niet op geleide van vrijwillige individuele hulpvraag tot stand komen. Conform de Wcpv zijn dat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) het signaleren en bestrijden van risicofactoren;</li> <li>2) de begeleiding van kwetsbare personen en risicogroepen;</li> <li>3) het fungeren als meldpunt voor signalen van crisis (of dreiging) bij dezen;</li> <li>4) het bieden van psycho-sociale hulp bij rampen;</li> <li>5) afspraken tot stand brengen tussen betrokken organisaties over de OGGZ-uitvoering.</li> </ol> <p>Het gaat om <i>opvang (vangnetfunctie) naast preventie</i> (Conform de Welzijnswet: maatschappelijke opvang, verslavingszorg en vrouwenopvang).</p>
2	Welk publiek belang?	<p>Hier is de gezondheid van categorieën burgers in het geding. Daarbij spelen aspecten van openbare orde. Kenmerkend is het ontbreken van een eigen hulpvraag bij deze burgers en het risico zichzelf maar ook anderen in gevaar te brengen. Ook dit maakt de OGGZ tot een publiek belang bij uitstek en maakt haar tot een publieke taak. Nr. 4 is gericht op collectief probleem. Ook in de preventie kunnen meer collectief gerichte elementen zitten (bijv. preventie van depressie bij ouderen; GGZ-preventie).</p>
3	Hoe regeling nu? - wettelijk - financieel - organisatorisch	<p>(w) Het OGGZ-basisaanbod is taak van de gemeente, met een eigen regierol. De gemeentelijk nota Gezondheidsbeleid geeft daaraan inhoud. ((Maatsch. opvang is (centrum-)gemeentelijke taak)).</p> <p>(f) De financiering is divers: 1) Uit het Gemeentefonds; ((2) Uit 2 specifieke uitkeringen tbv opvang)); 3) Uit de AWBZ-subsidieregeling initiatieven OGGZ e.a. (Deze gaat over naar de Wmo).</p> <p>(o) Gemeente neemt GGD in de arm, naast andere uitvoerders (zie 4).</p>

4	Uitvoering door?	Deze vindt vnl. plaats door GGD's, GGZ-instellingen, maatsch. opvang, het AMW, politie, crisisopvang e.a. particuliere instellingen, bij voorkeur complementair en in ketenverantwoordelijkheid. Gemeente heeft meestal <i>geen uitvoerende</i> taak. Nr. 4 meestal door de GHOR, soms de GGD
5	Kan dat privaat / publiek?	De verantwoordelijkheid (waaronder ook de regierol) is aan de overheid (publiek belang); de uitvoering kan worden gedelegeerd of overgelaten aan particuliere organisaties, zoals nu al gebeurt.
6	Kwaliteitswaarborgen nodig en door wie?	Gezien de vitale belangen rond en de noodzakelijke professionele uitvoering van de OGGZ is kwaliteitsborging onder (eind) verantwoordelijkheid van de overheid noodzakelijk. Operationele invulling ervan kan binnen door de overheid te stellen grenzen door instellingen / beroepsgroepen worden gedaan. De uitvoering van de OGGZ (door GGD's en instellingen) valt thans onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Standaardisatie en protocollering zijn op dit terrein wenselijk/noodzakelijk. ((De maatschappelijke opvang c.a. valt onder <i>gemeentelijk</i> kwaliteitsbeleid)).
7	Toezicht nodig? Door?	De IGZ verricht thans toezicht op OGGZ; (en <i>niet</i> op de maatschappelijke opvang c.a.). Behoud daarvan is wenselijk i.v.m. nog te maken kwaliteitsslag Overheveling naar de Wmo zou betekenen het onder de Kwaliteitswet en het IGZ-toezicht weghalen van de OGGZ. Dit is op zichzelf onwenselijk, zie verder bij 11.
8	Samenhang / overlap WMO prestatievelden?	Er is sprake van complementariteit en samenhang tussen de OGGZ (Wcpv) en maatschappelijke opvang c.a., het prestatieveld nr. 7 in de Wmo; bovendien is er enige overlap van doelgroepen.
9	(On)deelbaarheid van de taakbehartiging of -uitoefening?	De OGGZ is een sterk gedifferentieerd veld; het lijkt echter niet verstandig het in onderdelen op te knippen en onder verschillende wettelijke sturings- en kwaliteitsregimes onder te brengen. Uitzondering vormt <i>wellicht</i> de psycho-sociale hulp bij rampen, die bijv. kan worden ondergebracht onder de Wet GHOR). De collectief gerichte preventie (GGZ-preventie) kan vanuit de AWBZ goed over naar de Wcpv (en dan als aspect van <i>gezondheidsbevordering</i> (zie GVO-schema)
10	Noodzaak centrale sturing door het rijk? - Waarom  - Hoe en wat	Op OGGZ is de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing (plus IGZ-toezicht) De wet geeft aan <i>dat</i> gemeente regie (op deelterreinen) moet voeren, maar <i>niet</i> wat ze ervoor moet doen en <i>hoe</i> dat zou moeten. Slechts m.b.t. de maatschappelijke en vrouwenopvang geldt een zekere centrale sturing op grond van de Welzijnswet (art. 10 a), die betreft: registraties, monitoring, toegankelijkheid, informatievoorziening,

		<p>onderzoek, de specifieke uitkering en de rol van de centrumgemeenten t.b.v. de regio. Dit worden genoemd stelselvoorwaarden. Het gaat <i>niet</i> om inhoudelijke sturing. Het rijk heeft t.a.v. de OGGZ overigens <i>nauwelijks</i> eigen beleidsdoelstellingen en -instrumentarium richting gemeenten ingezet . Wel bevat de rijksnota Langer gezond leven aanzetten tot rijksbeleid (bijv. via programmafinanciering, kwaliteit, depressie e.a.). Een zekere landelijke referentie bij de uitvoering van taken is wel van belang.</p> <p>Een beleidsvisie op de OGGZ moet primair <i>lokaal</i> worden gedefinieerd.</p>
11	Alternatieve regeling (eventueel elders) denkbaar?	<p>Het regelen van het kwaliteitsbeleid al dan niet via de Kwaliteitswet is een principiële keuze. Het alternatief is de OGGZ onder deze wet uithalen. Eventuele kwaliteitsrisico's lijken dan te liggen bij privacy en de kwaliteit van de uitvoering (voor zover uitgevoerd door niet onder de BIG vallende beroepsgroepen. Juist hier is professionaliteit wel degelijk van groot belang. De problemen lijken op basis van generieke privacy-regelgeving, de Wet BIG en de Wgbo deels oplosbaar. Instellingstoetsing vindt dan echter niet door de IGZ plaats. Ook de gemeente dient attent te zijn op kwaliteit. Mogelijk kan certificering hierbij een rol spelen.</p> <p>In het landelijk convenant OGGZ hebben gemeenten (via de VNG) zich verplicht een regierol in de regio te spelen m.b.t. de OGGZ (via een regionaal convenant).</p>
12	Optimale schaalgrootte?	<p>Deze is met name van belang bij de voorzieningen van maatschappelijke opvang en vrouwenopvang (centrumgemeenten constructie met regionale verantwoordelijkheid). Dit lijkt niet zonder risico voor de continuïteit van instellingen anders te kunnen worden geregeld.</p>
13	Werkt 'horizontale verantwoording'?	<p>In principe niet vanuit de ontvangers van hulp (doelgroep). Bij geen hulpaanbod ontstaat overlast en komen (andere) burgers in het geweer. Dan is er wel indirect horizontale verantwoording. Het accent zal dan vermoedelijk vallen op overlastbestrijding en minder op de preventieve kant. Ook is er hier het gevaar van horizontale afschuiving naar andere gemeenten en naar de AWBZ. Er is een premie op gemeentelijk free rider gedrag jegens buurgemeenten. Bij geen-beleid dreigt verloedering en komt zelfs de AWBZ in beeld.</p> <p>Verschil in aanbod is geen probleem.</p>

*P.M.*

1. Onder het hoofd OGGZ zijn hier enkele aspecten van de maatschappelijke opvang c.q. mede in beeld gebracht.
2. De minister heeft besloten de collectief-preventieve GGZ naar de gemeenten (Wmo/Wcpv over te brengen. Deze is nu geheel AWBZ-gefinancierd.



Profiel van het domein: Gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (w.o. ook –bevordering, GVO)

1	Taakomschrijving	Dit behelst een reeks uiteenlopende activiteiten die alle zijn gericht op gezondheidsbevordering en ziektepreventie (individuele en collectieve voorlichting, opvoeding, begeleiding, beleidsadvisering, met als doel de leefstijl te beïnvloeden en daarmee de gezondheid te bevorderen.
2	Welk publiek belang?	Publiek belang betreft de (verbeterde) gezondheid van de bevolking die o.a. via preventie dient te worden bevorderd. Mensen lopen anders nodeloos risico's. Bovendien kunnen ze gezond beter en langer bijdragen aan de maatschappij (beperking van verloren gezonde levensjaren). M.n. de jeugd verdient extra aandacht van de overheid. Overheid moet zonnodig in de private levenssfeer kunnen ingrijpen. Vroegtijdige ziekte en sterfte kosten de maatschappij ook geld.
3	Hoe regeling nu? - wettelijk - financieel - organisatorisch	(w) Het bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's (incl. gezondheidsvoorlichting en –opvoeding) is taak van de gemeente (Wcpv art. 2, tweede lid, bij c); Voorts moet de gemeente een lokale structuur in stand houden voor de samenwerking tussen instellingen die taken vervullen op het gebied van GVO (w.o. de GGD, Besl. Coll. preventie, art. 2a) (f) Algemeen financiering vanuit het Gemeentefonds, daarnaast uit allerlei subsidie- en projectgelden (w.o. via Zon/Mw); Fonds OGZ; BOS-impuls; (o) Lokaal/regionaal veelszins door of via de GGD en/of thuiszorg; landelijk door en via gezondheidsbevorderende instituten (GBI's) en landelijke infrastructuur (min. verantwoordelijkheid). In feite opereren rijk en gemeente veelszins complementair.
4	Uitvoering door?	GGD's en samenwerkende partners; landelijke instituten w.o. Zon/Mw; zie bij 3 (o).
5	Kan dat privaat / publiek?	De overheid heeft hier de regieverantwoordelijkheid. Gemeentelijke rol van belang mbt regelgeving, lokale prioritering e.a.. Uitvoering kan en vindt ook veelszins door en binnen particuliere organisaties plaats, incl. scholen, GGZ-instellingen e.a.. Private uitvoering <i>alleen</i> is echter niet wenselijk, er is dan geen kwaliteitstoets of – eis mogelijk. Denk aan private commerciële partijen
6	Kwaliteitswaarborgen nodig en door wie?	Als domein onder de Wcpv vallen GVO-activiteiten ook onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Landelijke richtlijnen, protocollen en standaardisatie, gebaseerd op de systematiek van deze wet zijn van belang. 'Best practices', mits professioneel getoetst en gevalideerd, kunnen voor lokale praktijken van groot

		belang zijn. Rol voor landelijke instituten.
7	Toezicht nodig? Door?	Valt thans ook onder staatstoezicht (IGZ); behoud daarvan is wenselijk i.v.m. nog te maken kwaliteitsslag (rol NIGZ en andere GBI's, GGD-NL, ter ondersteuning van het landelijke en lokale complementair beleid Er is geen direct lokaal belang bij de preventie van problemen (zoals bij leefstijlen), die men toch vooral als landelijk probleem ziet. Horizontaal toezicht werkt dan niet.
8	Samenhang / overlap WMO-velden?	Er is samenhang met diverse Wmo-velden, met name nrs 1 (sociale samenhang), 2 (ondersteuning), 6 (ondersteuning maatschappelijke participatie bij beperkingen) en 7 (maatschappelijke opvang c.a.)
9	(On)deelbaarheid van de taakbehartiging of -uitoefening?	Het is niet zinnig noch effectief dit veld over verschillende wetten (Wcpv en Wmo) te verdelen. Wel is belangrijk mede de rol van andere departementen en de effecten van hun handelen op de volksgezondheid te bewaken (ruimtel. ordening, verkeer e.a.). Daar ligt zoal een belangrijke taak voor de gemeenten; zij kunnen dit op lokaal niveau organiseren.
10	Noodzaak centrale sturing door het rijk? - Waarom  - Hoe en wat	Het rijk koestert diverse eigen doelstellingen van beleid, zoals in de Nota Langer gezond leven is uiteengezet (leefstijlthema's, alcohol, overgewicht, meer bewegen, bravo e.a.). Ook andere wetgeving draagt daaraan bij (Tabakswet, Drank- en Horecawet e.a.). Deels moeten ze worden bereikt door interventies op lokaal niveau. Daartoe heeft het rijk zich geïnstrumenteerd, o.a. via onderzoeken en projecten met een rol voor GBI's (bijv. Stivoro e.a.) en Zon/Mw e.a.. Deze ontwikkelen lokaal te gebruiken producten en instrumenten. Daarnaast voert het rijk direct en indirect ook massamediale campagnes. Het rijk agendaert zelf maar speelt ook veel via de band van andere uitvoerders (gemeenten, huisartsen, scholen, JGZ etc.) en diverse interventiestrategieën. Het rijk heeft geen instrument (en zichzelf dus geen instrument willen verschaffen) om gemeenten te dwingen. De gemeente moet zelf ontdekken en ontwikkelen. De landelijke doelstellingen zijn dus alleen te halen door een adequaat systeem van afstemming in lokale en landelijke activiteiten. Een zekere landelijke uniformering in de uitvoering van taken is intussen wel van belang. Zie ook bij 6 en 7. Daarnaast heeft de gemeente ook eigen prioriteiten op dit terrein.
11	Alternatieve regeling (eventueel elders) denkbaar?	Materie kan ook elders worden geregeld, maar gezien de nadrukkelijke eigen rijksoverheidsdoelstellingen kan dat slechts een wettelijk kader zijn dat de eigen noodzakelijke sturingswijze van het terrein in acht neemt. De Wcpv

		waarborgt dat.
12	Optimale schaalgrootte?	N.v.t.
13	Werkt 'horizontale verantwoording?'	Vermoedelijk niet of nog slechts in beperkte mate en dan alleen voor zover gemeenten verantwoordelijk zijn. Het speelt (nog) niet echt. Bovendien zal er altijd druk zijn in de richting van curatie en zorg (overlastbestrijding) in plaats van preventie.

### Profiel van het domein: Epidemiologie en informatie (EPID)

1	Taakomschrijving	Dit betreft het op epidemiologische analyse gebaseerde verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, waaronder het eenmaal per vier jaar op landelijk gelijkvormige wijze van verzamelen en analyseren van gegevens omtrent die gezondheidssituatie. Bij amvb kunnen nadere regels worden gesteld.
2	Welk publiek belang?	Publiek belang is het gefundeerde inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, als basis voor beleids – en uitvoeringsbeslissingen.
3	Hoe regeling nu? - wettelijk - financieel - organisatorisch	(w) Taakopdracht aan de gemeenten zit in Wcpv art. 2, tweede li, bij a. Uitwerking bij ambv heeft niet plaats gehad. Voorts bevat Wcpv art. 8 bepalingen omtrent gegevensverstrekking aan gemeenten resp. aan de minister. (f) Maakt deel uit van de financiering van de CP via het Gemeentefonds (o) Door de gemeente, veelal door de GGD.
4	Uitvoering door?	Gemeente (GGD)
5	Kan dat privaat / publiek?	Uitvoering door partic. organisaties in opdracht is mogelijk; bewaking van uniformiteit en standaardisatie bij gegevensverzameling is aandachtspunt
6	Kwaliteitswaarborgen nodig en door wie?	Vooral van belang zijn de wetenschappelijke gegrondheid van gegevens en analyse; voort de uniformering en standaardisatie van gegevensverzameling.
7	Toezicht nodig? Door?	Valt thans onder toezicht van de IGZ.
8	Samenhang / overlap WMO-velden?	Overeenkomstige taken dienen door gemeenten plaats te vinden in het kader van de Wmo. Dataverzameling en – analyse in Wcpv (epid.) kader kan zeer relevant zijn voor de Wmo; er is sprake veel aanzienlijke samenhang.

9	(On)deelbaarheid van de taakbehartiging of -uitoefening?	Taak omvat een groot aantal deelactiviteiten, die echter niet over verschillende wetten dienen te worden verspreid.
10	Noodzaak centrale sturing door het rijk? - Waarom - Hoe en wat	Gaat in ieder geval om het landelijk op gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent de gezondheidssituatie (uniformering en standaardisatie).
11	Alternatieve regeling (eventueel elders) denkbaar?	Er is sprake van activiteiten mede ten dienste van alle andere Wcpv-domeinen. Het ligt voor de hand deze taakopdracht daarom in deze wet te blijven verankeren.
12	Optimale schaalgrootte?	Uitvoering in regionaal verband noodzakelijk gezien de vereiste deskundigheid.
13	Werkt 'horizontale verantwoording'?	Doet zich voor in gemeentelijk kader bij discussies over activiteiten en vraagstukken waaraan de epidemiologische gegevens ter grondslag hebben gelegen.

## Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

### 1. Samenvatting:

Dit rapport doet verslag van de tweede fase van het project Aansluiting Wcpv en Wmo. De opdracht daarvan luidde: na te gaan of en zo ja hoe onderdelen van de Wcpv onder de Wmo kunnen worden gebracht. Als toetsings- en beoordelingskader zijn daarbij drie uitgangspunten en zes criteria gebruikt (par. 5). Het voornaamste criterium is daarbij het met de Wmo voorgenomen *sturingsparadigma*.

Naderhand is in overleg de rapportage in feite *verbreed* tot het in kaart brengen van de algehele aansluitingsproblematiek van beide wetten. Achtereenvolgens zijn vanuit de Wcpv gezien:

- een viertal domeinen (JGZ, OGGZ, GVO en EPID);
- enkele facettaken;
- de wettelijke planverplichtingen (ook Wmo) en
- de rol van de GGD (wettelijk en maatschappelijk).

### 2. Conclusies:

De volgende conclusies worden getrokken:

- Wat de oorspronkelijke hoofdvraag betreft komt alleen de *openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)* in aanmerking voor onderbrenging in de Wmo. Dit domein scoort overwegend positief op de gehanteerde criteria, echter met nadrukkelijke uitzondering van de aspecten kwaliteits- en toezichtbeleid, en de duidelijke aanzetten tot rijksbeleid (vgl. Nota Langer gezond leven). Daarvoor dient alsnog een oplossing te worden gevonden.

Eventuele overheveling dient dan plaats te vinden in samenhang en gelijktijdig met de overgang van de maatschappelijke opvang c.a. vanuit de Welzijnswet naar de Wmo. Ook de overdracht van de collectieve preventieve GGZ vanuit de AWBZ naar de gemeenten moet daarbij worden betrokken.

- Relevante mogelijke *alternatieven* zijn de overgang van de (immers 'selectief gedecentraliseerde') maatschappelijke opvang naar de Wcpv, dan wel behoud van de OGGZ binnen de Wcpv en de maatschappelijke opvang in de Wmo. Dit laatste indien de beleidsdoelstellingen van elk van beide geacht worden toch beter aan te sluiten bij de collectieve preventie resp. het maatschappelijk 'meedoen'.
- Voor de andere domeinen valt de toetsing of overheveling naar de Wmo aanbeveling verdient overwegend *negatief* uit. Zij behoren bijgevolg m.i. *niet* thuis in de Wmo en dienen te blijven ressorteren onder de Wcpv.
- De onderscheiden *facettaken* moeten m.i. in de Wcpv opgenomen blijven worden. Zij behoren weliswaar een spiegeltekst in Wmo-verband te krijgen, maar dan in de memorie van toelichting en in het bestuurlijke overleg met de VNG en *niet* in de tekst van de Wmo (wet) zelf.
- De *planverplichtingen* in beide wetten (die m.i. op zichzelf kunnen worden gehandhaafd) moeten op elkaar worden afgestemd; aan de gemeenten moet dringend in overweging worden gegeven ondanks de dubbele wettelijke opdracht, deze in slechts *een* document uit te werken.
- In het licht van de rol van de *GGD* als eerste uitvoerder in de Wcpv, lijkt heroverweging van de (impliciete) 'achterstelling' van deze (overheids)dienst als mogelijke kandidaat voor de uitvoering van de Wmo, in de rede te liggen.
- Gezien het vorenstaande dienen de Wcpv en Wmo zich elk *afzonderlijk* verder te ontwikkelen, waarbij natuurlijk wel over en weer goede onderlinge afstemming moet blijven plaats vinden.

### 3. Aanbevelingen

Tenslotte wordt nog het volgende aanbevolen:

- Als vervolg op dit rapport dienen m.i. de consequenties van eventuele onderbrenging van de OGGZ in de Wmo *apart en meer en detail* nader worden bestudeerd. Daartoe zouden de directies PG en GVM een gezamenlijke opdracht moeten krijgen en een gezamenlijke werkgroep moeten instellen. De overdracht van de collectieve preventieve GGZ naar de gemeenten dient daarbij te worden betrokken. Vooral vanwege de bij eventuele overdracht naar de Wmo pregnant spelende kwaliteits- en toezichtproblematiek, dient de IGZ als adviseur daarbij een prominente rol te spelen.
- Bij onderbrenging en specificatie van de gemeentelijke preventieve taken ten aanzien van het jeugdbeleid in de Wmo ('de vijf functies'), dienen de directies PG en Jeugdbeleid

samen te kijken naar de m.i. inderdaad aanwezige overlap tussen twee functies en enkele omschrijvingen in de artikelen 3, 4 en 8 van het Besluit Jeugdgezondheidszorg en daarop gebaseerde omschrijvingen in productgroepen.

- Verdere bezinning is m.i. nodig op de wettelijke positie en de verschillende mogelijke rollen van de GGD m.b.t. de Wmo. Dat is weliswaar allereerst een zaak van de VNG en GGD-Nederland, maar ook VWS wordt hierop aangesproken en dient hierin stelling te nemen.
- Bij de redactie van de wettekst en de memorie van toelichting dient met het vorenstaande rekening te worden gehouden.