



Brabant-Zuidoost

Kadernota 2016

GGD BRABANT- ZUIDOOST

April 2015



Inhoudsopgave

1. Samenvatting	3
2. Inleiding	5
3. Missie, doelen en wettelijke basis van de GGD	6
4. Maatschappelijke ontwikkelingen	9
5. De pijlers van de GGD	10
5.1 Monitoren, signaleren en adviseren	11
5.2 Uitvoerende taken gezondheidsbescherming	12
5.3 Publieke Gezondheid bij incidenten, rampen en crises	13
5.4 Toezicht houden	14
5.5 Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar	15
5.6 Ambulancezorg	17
5.7 Aanvullende taken op het terrein van de Publieke Gezondheid	17
6. Personeel, organisatie en communicatie	18
7. Financieel meerjarenperspectief Publieke Gezondheid en Ambulancezorg	20
7.1 Inleiding	20
7.2 Ambulancezorg	22
7.3 Bezuinigingen	23
7.4 Gemeentelijke bijdrage per inwoner voor het gezamenlijke takenpakket (bpi)	25
7.5 Contracttaken gemeenten	28
7.6 Overige bijdragen gemeenten	29
7.7 Contracttaken derden	30
7.8 Algemene kostenontwikkeling	30
7.9 Weerstandsvermogen en risico's	31
7.10 Boventalligen / Frictiekosten	34
Bijlage 1	35
Bijlage 2	37
Bijlage 3	38

1. Samenvatting

De Gemeenschappelijke Regeling GGD Brabant-Zuidoost heeft tot doel om bij te dragen aan een positieve ontwikkeling van de gezondheidssituatie van de inwoners van het samenwerkingsgebied door uitvoering van de publieke gezondheidszorg en de ambulancezorg.

De missie van de GGD Brabant-Zuidoost luidt als volgt: *"De GGD Brabant-Zuidoost streeft - onder regie van de gemeenten – door middel van preventie naar gezondheidswinst van alle inwoners, om zo een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van hun leven en zelfredzaamheid te vergroten. Wij zijn een proactieve, innovatieve en resultaatgerichte organisatie. Onze dienstverlening betreft gezondheid, preventie en snelle interventie, is professioneel en betrouwbaar en komt tot stand vanuit de wens van de klant en in dialoog met onze opdrachtgevers en samenwerkingspartners".*

Door transities waarmee gemeenten en GGD te maken hebben (Jeugdwet, WMO, Participatiewet) verandert de maatschappelijke context van publieke gezondheid. Gezondheid wordt in toenemende mate gezien als een middel of voorwaarde voor maatschappelijke participatie. Het leggen van lokale verbindingen tussen gezondheid, zorg en participatie is een belangrijke maatschappelijke opgave voor gemeenten en GGD.

Het Algemeen Bestuur heeft op 11 maart 2015 de pijlers van de GGD in het licht van de toekomstige uitdagingen vastgesteld.

Het gaat daarbij om de volgende zeven pijlers van de GGD:

1. Monitoren, signaleren en adviseren
2. Uitvoerende taken gezondheidsbescherming
3. Publieke gezondheid bij rampen en crises
4. Toezicht houden
5. Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar
6. Ambulancezorg
7. Aanvullende taken publieke gezondheid

De taken en ontwikkelingen binnen deze pijlers zijn in deze kadernota nader beschreven. De taken worden jaarlijks in een productenboek geconcretiseerd en geactualiseerd.

De algemene reserve van het programma Publieke Gezondheid bedraagt, na toevoeging van het positief resultaat 2014, ca. € 450.000. De algemene reserve van het programma Ambulancezorg bedraagt ca. € 1.200.000.



Brabant-Zuidoost

De GGD heeft sinds de fusie van GGD Eindhoven en GGD Zuidoost-Brabant in 2008, fors bezuinigd. In de komende jaren is ook nog een kostenbesparing op de gemeentelijke bijdrage voorzien die oploopt tot ca. € 600.000. Deze kostenbesparing wordt voornamelijk gerealiseerd via een bezuiniging op de personele overhead (management en ondersteunend personeel) en besparing op huisvestingskosten.

In deze besparing is een verlaging van het tarief bij contracttaken verdisconteerd waarvan ook gemeenten profiteren. Omdat met name een hoog uurtarief, tenminste in verhouding tot de lokale 'concurrenten', vaak als belemmering werd genoemd, is sedert enkele jaren een traject van verlaging van het uurtarief voor contracttaken in gang gezet. Met ingang van 2015 zijn deze tarieven gemiddeld zelfs nog met ca. € 10,- per uur verlaagd, gedekt uit de reorganisatie van de overhead. Verwacht wordt dat mede als gevolg daarvan de teruggang in contracttaken tot staan kan worden gebracht en op termijn zelfs weer licht zal toenemen. Met name ontwikkelingen in het sociale domein bieden kansen voor extra contracttaken bij de GGD.

De ontwikkeling van de inwonersbijdrage van gemeenten voor de komende jaren wordt als volgt indicatief geraamd:

2016	€ 11.958.000
2017	€ 11.987.000
2018	€ 12.167.000
2019	€ 12.351.000



2. Inleiding

Via deze kadernota wil het Algemeen Bestuur van de GGD Brabant-Zuidoost de 21 gemeenten in onze regio inzicht geven in de doelstellingen en taken van de GGD in het licht van de maatschappelijke ontwikkelingen en de lokale uitdagingen. Deze kadernota is gebaseerd op de brief over betrouwbare publieke gezondheid die de minister van VWS in augustus 2014 naar de 2^e Kamer heeft gestuurd en de notitie "De Basis van de GGD" (oktober 2014) die eerder ter informatie aan alle 21 gemeenten is toegezonden en in de colleges van B&W, raadscommissies of gemeenteraden is besproken.

Het Algemeen Bestuur heeft in haar vergadering op 11 maart 2015 de pijlers van de GGD vastgesteld.

Het gaat om de volgende zeven pijlers van de GGD:

1. Monitoren, signaleren en adviseren
2. Uitvoerende taken gezondheidsbescherming
3. Publieke gezondheid bij rampen en crises
4. Toezicht houden
5. Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar
6. Ambulancezorg
7. Aanvullende taken publieke gezondheid

Deze zeven pijlers vormen de inhoudelijke kern van de kadernota, samen met de financiële meerjarenvertaling ervan.

Deze kadernota valt samen met het moment dat we weer nieuwe meerjarige afspraken met elkaar moeten maken over zowel de inhoudelijke opgave als het financiële budget waaraan de GGD en gemeenten zich gaan committeren. De nieuwe cyclus loopt van 2016 tot 2020.

We gaan ervan uit dat de GGD bovengenoemde pijlers kan uitvoeren binnen de budgetten die aan de GGD ter beschikking worden gesteld tenzij er als gevolg van externe factoren of landelijke ontwikkelingen ingrijpende veranderingen gaan plaatsvinden.



3. Missie, doelen en wettelijke basis van de GGD

In de Gemeenschappelijke Regeling GGD Brabant-Zuidoost is het volgende algemene doel en zijn de volgende taken van de GGD geformuleerd:

“De GGD heeft tot doel het bijdragen aan een positieve ontwikkeling van de gezondheidssituatie van de inwoners van het samenwerkingsgebied door uitvoering van de openbare gezondheidszorg en de ambulancezorg.

De GGD is belast met:

- a. Het ontwikkelen en in stand houden van een dienst voor de uitvoering van de openbare gezondheidszorg en de ambulancezorg.*
- b. Uitvoering van taken welke bij of krachtens de wet Publieke Gezondheid danwel andere wetten op het terrein van gezondheid en zorg, zijn opgedragen aan de gemeentelijke bestuursorganen met uitzondering van de bevoegdheid van de gemeenteraad tot vaststelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, overeenkomstig de wet Publieke Gezondheid;*
- c. Uitvoering van taken welke in het kader van de doelstelling bij of krachtens enig wettelijk voorschrift door de gemeenten zijn of worden opgedragen aan het openbaar lichaam;*
- d. Uitvoering van taken die aanvullend door de gemeenten c.q. derden in het kader van de doelstelling kunnen worden opgedragen.”*

Tijdens de kerntakendiscussie die rond 2008 bij de fusie van de toenmalige GGD Eindhoven en GGD Zuidoost-Brabant is gevoerd heeft het toenmalige bestuur de volgende missie voor de GGD Brabant-Zuidoost vastgesteld: *“De GGD Brabant-Zuidoost streeft – onder regie van de gemeenten – door middel van preventie naar gezondheidswinst van alle inwoners, om zo een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van hun leven en zelfredzaamheid te vergroten. Wij zijn een proactieve, innovatieve en resultaatgerichte organisatie. Onze dienstverlening betreft gezondheid, preventie en snelle interventie, is professioneel en betrouwbaar en komt tot stand vanuit de wens van de klant en in dialoog met onze opdrachtgevers en samenwerkingspartners”.*

De Wet Publieke Gezondheid vormt de wettelijke basis voor de GGD. In die wet is bepaald dat het college van burgemeester en wethouders de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen dient te bevorderen.



Brabant-Zuidoost

Daarbij dient zij in ieder geval zorg te dragen voor:

- het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie van de bevolking,
- het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen,
- het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering,
- het bevorderen van medisch milieukundige zorg,
- het bevorderen van technische hygiënezorg,
- het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen,
- het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders,
- de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg,
- de uitvoering van de ouderengezondheidszorg,
- de uitvoering van de algemene infectieziekte bestrijding.

De schaal van een afzonderlijke gemeente is voor de meeste taken in de publieke gezondheid te klein om de vereiste kwaliteit, expertise en continuïteit te kunnen borgen. Vandaar dat de GGD op de schaal van Zuidoost-Brabant is georganiseerd via een gemeenschappelijke regeling. Door samen te werken kunnen gemeenten publieke gezondheidstaken doelmatiger en doeltreffender uitvoeren en de benodigde expertise beter borgen. Een regionale positie van de GGD heeft bovendien het voordeel dat samenwerking met belangrijke professionele partners (zoals veiligheidshuis, de veiligheidsregio, omgevingsdienst, ziekenhuizen, huisartsenkoepels) eenvoudiger is omdat deze partners ook op regionale schaal georganiseerd zijn.

Het feit dat de GGD is georganiseerd in een gemeenschappelijke regeling heeft een aantal consequenties:

- Het doet een appèl op de deelnemende gemeenten om solidair met elkaar te zijn, risico's met elkaar te delen en gezamenlijke beleidskeuzes te maken.
- Omdat de colleges van B&W een afgevaardigde in het GGD-bestuur hebben, kan er een afstand gevoeld worden tussen de GGD en de gemeenteraden. Er ligt dan ook voor het GGD-bestuur, het GGD-management en de GGD-professionals een uitdaging om de gemeenteraden de GGD te laten ervaren als "onze" GGD.
- De individuele GGD-bestuurders staan enerzijds voor het belang van een goed functionerende en solide GGD en anderzijds voor het belang van de gemeente die hem/haar afgevaardigd heeft.
- Door het constructieve gemeenschappelijke regeling is de gemeente niet alleen opdrachtgever en partner van de GGD, maar ook eigenaar en werkgever. Dat is een andere verhouding dan met een gesubsidieerde instelling. Het betekent bijvoorbeeld dat gemeenten eindverantwoordelijkheid dragen voor inhoudelijke en financiële risico's.



Brabant-Zuidoost

Gemeenten dragen als eigenaar van de GGD ook de risico's van de opdrachten die de GGD uitvoert ten behoeve van derden en de verantwoordelijkheid als werkgever voor het personeel van de GGD.

De regionale positie van de GGD laat onverlet dat de GGD ook de opgave heeft om haar taken zo lokaal mogelijk uit te voeren. Dit uitgangspunt nemen wij mee bij de invulling van onze taken binnen de pijlers.

De GGD heeft de afgelopen jaren geanticipeerd op de toekomst en zijn takenpakket aangepast aan de externe ontwikkelingen, nieuwe inzichten en nieuwe behoeften en wensen vanuit de samenleving en onze gemeenten.

Wij zijn van mening dat voortdurend verbeteren en innoveren noodzakelijk is om te blijven voldoen aan wensen van klanten en opdrachtgevers. Verbetering/innovatie dient permanent geborgd te zijn in de cultuur en werkwijze van de GGD en vraagt om personele capaciteit en financiële middelen (vanuit de eigen begroting en aanvullende project- of onderzoeksubsidies en fondsen) om dit waar te kunnen maken. We willen een eigentijdse GGD blijven, die lokaal maatwerk levert en graag meedoet aan vernieuwende, innovatieve pilots in onze regio. Vanzelfsprekend vanuit de visie dat wij een toegevoegde waarde hebben voor onze klant gemeenten en onze burgers.

Om gezondheidswinst te kunnen realiseren is samenwerking met andere partners noodzakelijk.

In de praktijk werkt de GGD samen met de volgens (keten)partners:

- Gemeenten: gemeenten zijn niet alleen opdrachtgever, financier en eigenaar van de GGD maar ook inhoudelijk samenwerkingspartner. De samenwerking met gemeenten beperkt zich niet sec tot publieke gezondheid, maar raakt ook de aanpalende terreinen (sport, ruimtelijke ordening, welzijn, milieu enz.), omdat gezondheid mede bepaald wordt door de inspanningen op deze aanpalende terreinen.
- Ketenpartners in de gezondheidszorg zoals huisartsen, ziekenhuizen enz.
- Scholen en kinderopvang.
- De partners in de veiligheidskolom zoals politie, GHOR, Brandweer en veiligheidshuis.
- Omgevingsdiensten.
- Bewonersorganisaties.
- Vrijwilligers.

Gemeenten zijn niet de enigen die "controle" op de GGD uitoefenen. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de GGD. De inspectie toetst in hoeverre de GGD voldoet aan wettelijke eisen en aanvaardde professionele standaarden.



4. Maatschappelijke ontwikkelingen

Gemeenten zijn bezig met een heroriëntatie op gezondheid, zorg en ondersteuning. Daarbij wordt anders gedacht over gezondheid. Het gaat bij gezondheid niet alleen om afwezigheid van ziekten, maar ook om eigen regie op het leven en om maatschappelijke participatie. Gezondheid is niet alleen een waarde op zich, maar wordt in toenemende mate gezien in functie van maatschappelijke participatie. Machteld Huber definieert gezondheid als het vermogen van mensen om eigen regie te voeren en zich aan te passen in het licht van de fysieke, mentale en sociale uitdagingen van het leven. Zij noemt dit positieve gezondheid.

In het sociaal domein krijgen gemeenten een grotere rol op het terrein van ondersteuning thuis. De drie decentralisaties (Jeugdwet, Wet Maatschappelijke Ondersteuning, Participatiewet) maken het mogelijk om op lokaal niveau dwarsverbanden te leggen tussen preventie, zorg en ondersteuning. Ook het domein van de publieke gezondheid speelt hierin een belangrijke rol. Belangrijk uitgangspunt is dat gezondheid iets van mensen zelf is.

Binnen de directe omgeving (wonen, werken, school, recreatie) zijn er voor mensen aanknopingspunten om aan hun gezondheid te werken.

De overheid heeft vooral een rol als mensen zelf of hun omgeving weinig invloed kunnen hebben op de gezondheidsrisico's. Dit kan te maken hebben met de benodigde kennis, vaardigheden of middelen die nodig zijn om risico's te herkennen en er iets mee te doen. In die gevallen mogen burgers ervan uitgaan dat de overheid collectieve voorzieningen treft om de volksgezondheid te beschermen, bewaken en bevorderen. Daarbij is het van belang oog te hebben voor alle factoren die invloed hebben op de volksgezondheid: erfelijke aanleg, gedrag/leefstijl, de sociale en fysieke omgeving en de toegang tot en kwaliteit van de gezondheidszorg. Ook op lokaal niveau kunnen deze determinanten van de volksgezondheid worden beïnvloed.

Er wordt meer belang gehecht aan de verbinding tussen gezondheid en veiligheid.

Maatschappelijke crisissituaties hebben in toenemende mate een wit karakter (volksgezondheid gerelateerd). Of het nu een klassieke brand betreft of zedenincident. De zorgvraag staat daarin steeds meer centraal. Ook duiken "nieuwe" infectieziekten op zoals MERS of Ebola. Dit soort ziekten zijn een bedreiging voor de volksgezondheid en de maatschappelijke rust.

Binnen de jeugdgezondheidszorg staan er forse wijzigingen te gebeuren in relatie tot het jeugdstelsel. Jeugdgezondheidszorg is een voorliggende voorziening in het stelsel voor jeugdzorg en kan er via preventie en vroegsignalering aan bijdragen dat kinderen onnodig in zware jeugdzorg terecht komen.

De gezondheidsverschillen (die voor een groot deel sociaaleconomisch bepaald worden) blijven groot en nemen eerder toe dan af. Het aantal chronisch zieken stijgt, onder andere als gevolg van de vergrijzing maar ook door leefstijl. Door vergrijzing en chronische zieken wordt er een groot beroep gedaan op zorg en zijn de zorgkosten onbetaalbaar geworden. Via preventie valt er veel te winnen.



5. De pijlers van de GGD

Het Algemeen Bestuur heeft zich geheroriënteerd op de taken van de GGD in het licht van de maatschappelijke ontwikkelingen die in het vorige hoofdstuk kort beschreven zijn.

Daarbij is de brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer over betrouwbare publieke gezondheid (28 augustus 2014) een belangrijke referentie geweest.

Uitgangspunt in die brief is dat een aantal basisprincipes van de publieke gezondheid en pijlers van de GGD lokaal goed geborgd blijven.

De taken van de GGD kunnen ingedeeld worden volgens de volgende kenmerken:

- Gemeenschappelijke taken en contracttaken. Een gezamenlijke taak is een taak die door de GGD voor alle gemeenten uitvoert en die wordt gefinancierd op basis van de inwonerbijdrage. Dat een taak gemeenschappelijk is wil niet zeggen dat deze taak in alle gemeenten uniform wordt uitgevoerd. Er is ruimte voor maatwerk per gemeente, afhankelijk van de behoefte. Een contracttaak is een taak die de GGD op contract- of subsidiebasis uitvoert voor individuele gemeenten, rijk of derden.
- Wettelijke taken en niet wettelijke taken: een wettelijke taak is een taak die expliciet in een wet is vastgelegd. Veel GGD taken zijn vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid, maar ook in andere wetten zijn GGD taken vastgelegd (zoals in de Wet Kinderopvang of de Wet op de lijkbezorging).
- Taken die volgens wet verplicht bij de GGD belegd moeten worden of taken waarbij de wet dat open laat: de Wet Publieke Gezondheid schrijft voor dat gemeenten een GGD in stand moeten houden voor de uitvoering van bepaalde taken. Voor andere taken (zoals de uitvoering van de Jeugdgezondheidszorg of het Rijksvaccinatieprogramma) laat de Wet Publieke Gezondheid dat vrij.
- De meer medisch georiënteerde taken (bijv. infectieziektebestrijding, medische milieukunde en de individuele gezondheidscreeningen bij JGZ) en de meer maatschappelijk georiënteerde taken (bijv. leefstijlprogramma's). Bij de medisch georiënteerde taken wordt in hoge mate volgens professionele protocollen gewerkt en is uniforme uitvoering van belang. De beleidsruimte voor gemeenten is hierin beperkt. Bij de meer maatschappelijk georiënteerde taken is juist maatwerk belangrijk, omdat de focus en aanpak afhangt van specifieke lokale situaties of doelgroepen.

De effectiviteit van interventies wordt bij deze taken sterker beïnvloed door de lokale context. Juist bij deze taken is het van belang dat er verbindingen worden gelegd met andere beleidsterreinen waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn, zoals het sportbeleid, ruimtelijk ordening en welzijn.

In bijlage 1 treft u een overzicht aan waarin per taak is aangegeven of de taak een wettelijke taak is, verplicht bij de GGD belegd moet worden of dat de taak een gemeenschappelijke taak is.



5.1 Monitoren, signaleren en adviseren

De GGD adviseert gemeenten over hun beleid op het gebied van gezondheidspreventie, gezondheidsbevordering en –bescherming.

Daartoe behoort ook het signaleren en monitoren van gezondheidsrisico's in de fysiek en sociale omgeving en advisering over bestuurlijke beslissingen op andere beleidsterreinen (milieu, ruimtelijke omgeving enz.), omdat de meeste voorwaarden voor gezondheid buiten het domein van de zorg worden gecreëerd. De GGD zet hierbij eigen instrumenten in zoals epidemiologisch onderzoek, broncontactonderzoek bij infectieziekten, medisch milieukundig onderzoek, informatie uit kinddossiers.

De GGD gebruikt ook bronnen en signalen vanuit het regionale netwerk zoals huisartsen, politie, welzijnswerk, zorginstellingen of vanuit landelijke partners zoals RIVM en CBS.

Bij de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is de GGD een belangrijke ondersteuner van gemeenten. De GGD brengt de gezondheidsproblematiek op wijk/buurtniveau in kaart, adviseert over effectieve aanpakken, participeert in lokale beleidsnetwerken en legt verbindingen tussen partijen uit verschillende sectoren.

Het gaat concreet om de volgende taken:

- *Lokale teams gezondheidsbevordering: procesbegeleiding bij en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid.*
- *Kenniscentrum onderzoek: monitors, regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, maatwerkonderzoek.*
- *Kenniscentrum gezondheidsbevordering: het ontwikkelen en implementeren van programma's in de regio als Lentekriebels, Laat je niet flessen, Gezonde School methode, Versterking Gezondheidsvaardigheden en organiseren voorlichting door en voor 55+.*
- *Monitoring, signalering en advisering vanuit Infectieziekten, Technische Hygiënezorg, Medische milieukunde en Jeugdgezondheidszorg.*

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

- Bij gemeenten is er in toenemende mate behoefte aan het opstellen van dorp- of wijkprofielen als basis voor lokaal beleid en aan verdiepend maatwerkonderzoek. Aanvullend op de cijfers, kunnen/worden de bevindingen van burgers en uitvoerenden, toegevoegd om tot volledige analyses en adviezen te kunnen komen.

De GGD kan vanuit deze kennis gemeenten adviseren over de inhoud/aard en de hoeveelheid aan te bieden zorg. Verder kan zij ondersteuning bieden op het gebied van preventie, jeugdhulp, zorg en welzijn. De GGD zal aansluiten op de lokale maatwerkbehoefte wat betreft monitoring en onderzoek.



- Er is in de gemeente behoefte, naast wetenschappelijk onderzoek, aan andere vormen van onderzoek (evaluatie-, actie- en proces- begeleidend of kwalitatief onderzoek).
De GGD heeft daar de afgelopen jaren steeds meer ervaring in opgedaan bij een aantal gemeenten en kan (zeker kwalitatief) in deze behoefte blijven voorzien.
- In het kader van de decentralisaties/transities hebben gemeenten een toenemende behoefte aan het monitoren van (zorg)processen in sociaal domein, zowel op individueel niveau als op collectief niveau. De GGD helpt gemeenten in toenemende mate in het formuleren en structureren van vraagstellingen, toegankelijk maken van beschikbare gegevens uit diverse bronnen (Vectis, Stapelingsmonitor, veiligheids- en huisartsen/zorg gegevens e.d.)
- We zien de ontwikkeling dat het lokaal gezondheidsbeleid sec, zich meer ontwikkelt naar lokaal beleid op het sociale domein. Inzet lokaal team GGD sluit hierop aan en ondersteunt vanuit gezondheidsperspectief op thema's die relevant zijn voor de gemeente.
- Sociale wijkteams in de gemeenten en de behoefte van gemeenten tot versterking samenwerking met huisartsen. Inzet JGZ-team: Enerzijds de jeugdverpleegkundige met haar sociaal verpleegkundige expertise als lid van een lokaal team jeugd en anderzijds de sociaal medische expertise van de jeugdarts in het herkennen en definiëren van problemen maar ook normaliseren waar mogelijk en eventuele doorverwijzing zover deze bij een arts is belegd.
- Zorgverzekeraars en huisartsen hechten meer belang aan preventie. Huisartsenpraktijken gaan steeds meer aan preventie doen, al moet daarbij opgemerkt worden dat het bij hen vaak gaat om secundaire preventie op individueel niveau (gericht op mensen die al gezondheidsklachten hebben). Terwijl de GGD zich vooral richt op primaire preventie op collectief niveau (risicogroepen die nog geen gezondheidsklachten hebben). Afstemming tussen individuele secundaire preventie en collectieve primair preventie is gewenst. Zorgverzekeraars financieren mondjesmaat preventieprogramma's op wijk- of buurtniveau (pilots).

5.2 Uitvoerende taken gezondheidsbescherming

De Wet Publieke Gezondheid bevat een aantal gezondheid beschermende taken waarvoor specialistische deskundigheid van belang is. Daarnaast voert de GGD een aantal aanvullende contracttaken uit m.b.t. gezondheidsbescherming.

Concreet gaat het om de volgende taken:

- *Algemene infectieziekten bestrijding*
- *TBC-bestrijding*
- *Seksuele Gezondheid (SOA- preventie, SOA-curatie en Seksualiteitshulpverlening)*
- *Medisch-milieukundige zorg*
- *Technische Hygiënezorg*
- *Reizigerszorg*
- *Uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma (4-18 jarigen)*



Welke majeure ontwikkelingen zien we?

Het belang van de gezondheid beschermende taken neemt toe omdat de gezondheidsrisico's groter worden. Door de intensieve veehouderij (hoge dierdichtheid in onze regio en de aanwezigheid van urgentiegebieden) en de toenemende internationale mobiliteit van mens en dier neemt het risico toe op (snelle) overdracht van infectieziekten van dier op mens (zoönosen) en mens op mens.

Verder worden bewoners zich bewuster van de gezondheidsrisico's in hun fysieke leefomgeving en kritischer richting overheden en organisaties. Het maakt niet uit of het om bijv. asbest, bodemverontreiniging, geluidshinder of luchtvervuiling gaat. Burgers maken zich zorgen en spreken overheden en "vervuilers" steeds meer op hun verantwoordelijkheden aan. Burgers schuwen daarbij niet om de rechter in te schakelen (denk aan de slachtoffers van Q-koorts). De GGD wordt door alle partijen om advies en hulp gevraagd. De maatschappelijke druk zal rondom deze vraagstukken eerder toe- dan afnemen. Een overheid die burgers aanspreekt op gezond gedrag mag rekenen op burgers die een overheid aanspreekt op haar eigen (on)gezond beleid.

Een gezonde woon-, leer- en werkomgeving wordt meer en meer als een waarde gezien en gemeenten kunnen zich op dit terrein positief profileren.

Een andere ontwikkeling betreft de geografische opschaling bij de uitvoering van beschermende taken. Met name TBC-bestrijding en Medische Milieukunde vereisen specifieke en schaarse deskundigheid of dure investeringen (röntgenapparaat) die bovenregionaal georganiseerd en ingezet moet worden. Met de GGD'en in Zuid Nederland zoeken we naar passende samenwerkingsvormen op deze werkerreinen.

Voorts verwachten we dat gemeenten per 1 januari 2018 verantwoordelijk worden voor de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma.

5.3 Publieke Gezondheid bij incidenten, rampen en crises

Wettelijk is vastgelegd dat de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) bij rampen en crises verantwoordelijk is voor het gezondheidkundig advies aan de burgemeester of de voorzitter van de Veiligheidsregio.

De GGD voert (opgeschaalde) taken uit op het terrein van infectieziekten bestrijding, medisch-milieukundige risico's (gezondheidsrisico's als gevolg van blootstelling aan gevaarlijke stoffen), psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek na rampen. De DPG stuurt zowel de GGD als het GHOR-bureau aan. De GHOR heeft een ondersteunende, coördinerende en controlerende rol binnen de hele witte kolom. De GHOR onderhoudt convenanten met de ketenpartners in de witte kolom.

In acute situaties dient de GGD de professionele regie te kunnen voeren op de uitvoering van taken (bijv. bij het uitvoeren van vaccinatieprogramma's bij een griep пандemie).



Verder adviseert en ondersteunt de GGD gemeenten en scholen bij kleinschalige incidenten (zoals suïcides, zedenzaken en ongevallen). Dat zijn schokkende gebeurtenissen die maatschappelijke onrust met zich mee kan brengen.

GGD en GHOR hebben voor de uitvoering van bovengenoemde taken specialisten in dienst die regelmatig trainen en oefenen op basis van draaiboeken of rampenscenario's. Het bewaken van de PG bij rampen en crises betekent niet alleen dat GGD en GHOR goed voorbereid zijn op het handelen tijdens en na rampen, maar ook dat gemeenten en andere partijen geadviseerd en begeleid worden om preventieve maatregelen te nemen.

Concreet gaat het om de volgende producten:

- *GGD Crisisteam en crisisplan waarbij de GGD opgeschaalde zorg levert op vier terreinen: infectieziekten, medische milieukunde, psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek na rampen.*
- *Het leveren van sleutelfunctionarissen voor GHOR-functies.*
- *Psychosociale hulpverlening bij ingrijpende gebeurtenissen.*

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

De externe kwaliteitseisen ten aanzien van opgeschaalde zorg stijgen en zijn vastgelegd in het landelijk kwaliteitskader crisisbeheersing. Wat nu "goed genoeg" is, is dat over enkele jaren niet meer.

Bovendien nemen de dreigingen en risico's op incidenten, rampen en crises toe en krijgen deze soms een internationaler karakter (zie ramp met vlucht MH17). We verwachten dan ook dat de crisistaak van de GGD de komende jaren verder doorontwikkeld moet worden.

5.4 Toezicht houden

Toezicht kan signalerend en beïnvloedend van aard zijn of meer controlerend (bij dit laatste ligt de nadruk op het naleven van regels).

Concreet gaat het om de volgende GGD-producten:

- *Toezicht op Kinderopvang & peuterspeelzalen (controlerend, op contractbasis voor gemeenten).*
- *Toezicht op tattoo- & piercingshops (controlerend, i.o.v. VWS).*
- *Toezicht op risicovolle objecten in gemeenten zoals evenementen, scholen, campings, scoutinglocaties, sauna's e.d. (signalerend en beïnvloedend; per jaar wordt per gemeente een plan op maat gemaakt).*
- *Toezichthoudende aspecten (signalerend en beïnvloedend) bij de gezondheid beschermende taken infectieziekten bestrijding en medische milieukunde.*



Welke ontwikkelingen zien we?

Verwacht wordt dat de Wet Kinderopvang in 2017 en daarmee het toezichtkader wordt aangepast. Daarbij wordt het zgn. doeltoezicht ingevoerd. Doeltoezicht is gericht op outcome en geeft meer ruimte aan de ondernemer. Voor de toezichthouder betekent het meer ruimte voor "professional judgement".

Voorts is een ontwikkeling denkbaar waarbij gemeenten extra toezichtstaken bij de GGD beleggen, bijvoorbeeld:

- Extra toezichtstaken kinderopvang zoals het bijhouden van het register kinderopvang (dat doen we reeds voor de gemeente Eindhoven), uitvoeren van lichte handhavingstaken (waarschuwing en aanwijzing) of inspecties op de kwaliteitseisen van VVE-programma's (doen we reeds voor de gemeente Eindhoven).
- Uitvoering van toezichtstaken in het kader van de WMO of de Jeugdwet (reactief of proactief kwaliteitsonderzoek).

5.5 Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is de preventieve gezondheidszorg die als basisvoorziening aan alle kinderen en hun opvoeders wordt aangeboden. Het doel van JGZ is dat alle kinderen gezond en veilig opgroeien en de talenten van alle kinderen maximaal worden benut. Uitgangspunt is dat gekeken wordt naar wat kinderen nodig hebben om gezond op te groeien, zich aan te passen, zelfredzaam te zijn en deel te nemen aan de maatschappij en naar wat ouders nodig hebben om hun kind gezond op te voeden. In het basispakket JGZ staat beschreven welk pakket aan preventieve gezondheidszorg aan elk gezin en iedere jeugdige moet aangeboden krijgen. Om beter te kunnen aansluiten bij wetenschappelijke inzichten en maatschappelijke ontwikkelingen, is het landelijk professioneel kader uitvoering basispakket JGZ per 2015 geactualiseerd.

Belangrijke onderdelen van het basispakket JGZ zijn het vroegtijdig opsporen van specifieke stoornissen, het volgen van de ontwikkeling van de gezondheid van jeugdigen, het signaleren van mogelijke risico's, het ramen van behoefte aan zorg, het geven van individuele voorlichting, advies, instructie en begeleiding en het zo nodig doorverwijzen en geleiden naar curatieve gezondheidszorg of jeugdhulp. De jeugdarts heeft hierin de bevoegdheid om rechtstreeks te verwijzen.

De belangrijkste wijzigingen in het landelijk basispakket met ingang van 2015 zijn:

- Het onderscheid tussen het uniforme (aangeboden aan alle jeugdigen) en het maatwerk deel (afgestemd op specifieke zorgbehoeften van jeugdigen alsmede op lokale of regionale demografische en epidemiologische gegevens) is vervallen.
- 'Ziekteverzuim' en 'beleidsadvisering' zijn als taak toegevoegd. Verder is opgenomen dat JGZ aan jongeren vanaf 14 jaar een aanbod doet (het zgn. pubercontactmoment).
- De leeftijdsgrens voor de doelgroep van JGZ is aangepast van 0-19 naar 0-18 jaar.



In het landelijk professioneel kader uitvoering basispakket JGZ is meer ruimte voor differentiatie en maatwerk, zodat met meer flexibiliteit nog betere zorg kan leveren en in samenhang met anderen. JGZ bepaalt daarin samen met de ouders en/of jeugdige hoe vaak en wanneer er contact is en in welke vorm (zoals face-to-face, telefonisch contact, e-consult, groepsconsult).

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

- Transformatie in het sociaal domein, waarin de eigen kracht van burgers en hun omgeving maximaal wordt benut. Onderzocht wordt op welke wijze basisvoorzieningen nog meer kunnen betekenen en wanneer hulp nodig is dit zoveel mogelijk lokaal te organiseren bijvoorbeeld vanuit wijkteams. Hierin is de verbinding met de gezondheidszorg en in het bijzonder de huisartsen een belangrijk thema. Voor de verdere ontwikkeling van de basispakket JGZ is een goede koppeling tussen jeugdgezondheidszorg, huisartsenzorg en jeugdhulpverlening een voorwaarde, evenals de verbinding met kinderopvang en onderwijs.

Op dit moment ligt in de meeste gemeenten de focus op de 'individuele' aanpak van problemen en nog veel minder op het scheppen van een stimulerende, positieve leefomgeving in het kader van preventie. Dit is begrijpelijk in de huidige situatie. We verwachten dat gemeenten later meer accent op preventie zullen gaan leggen

- Een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg, waarin meer en meer de zorg wordt georganiseerd om gezondheidscentra of multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Ziekenhuizen, GGZ-organisaties, thuiszorg en instellingen voor jeugdhulp zoeken verbinding met deze centra en brengen taken bij deze centra onder en/of gaan strategische coalities aangaan.
- Met de invoering van passend onderwijs de school de verantwoordelijkheid krijgt dat het kind de zorg krijgt die het nodig heeft om zijn/haar talenten maximaal te benutten. Om dit met minder geld (Zuidoost Brabant heeft te maken met verevening) te realiseren vraagt in het onderwijs een transformatie, waar men nog in het begin staat. In het kader van de doorgaande ontwikkelingslijn en de gedachte op zo 'n jong mogelijke leeftijd te beginnen, ligt in de doorgaande lijn de focus om de knip 0-4 (kinderopvang), 4-12 (onderwijs) te slechten.
- In de regio Zuidoost-Brabant is er sprake van een systeemknip bij de uitvoering van JGZ: JGZ 0-4 jaar wordt uitgevoerd door Zuidzorg en Zorgboog en JGZ 4-18 jaar door de GGD. We verwachten dat in de toekomst de systeemknip wordt opgeheven en dat er (ook) in onze regio sprake zal zijn van een doorgaande lijn JGZ 0-18 jaar. In meer dan twee derde van Nederland is de realisatie van een integrale JGZ een feit en zijn de voordelen zichtbaar, zowel inhoudelijk als financieel.

De discussie over integrale JGZ staat in Zuidoost-Brabant op de agenda. Vooruitlopend op dit besluit hebben ZuidZorg, Zorgboog en GGD een tweeledige opdracht: de gezamenlijke aanschaf van een softwarepakket voor het medisch kinddossier per 1.1.2016 en de opzet voor een hernieuwd basisaanbod JGZ van 0-18 jaar. Via een doorgaande lijn 0-18 jaar kan de JGZ gewenste meerwaarde in het kader van de transitie beter realiseren.



Brabant-Zuidoost

5.6 Ambulancezorg

De GGD voert de ambulancezorg uit in onze regio. De vergunning hiervoor ligt bij de Veiligheidsregio. De financiering komt van de zorgverzekeraars.

Concreet gaat het om de volgende producten:

- *Spoedeisende ambulancezorg.*
- *Rapid responder.*
- *Niet-spoedeisende ambulancezorg (bestelde zorg).*

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

Om als organisatie ambulancezorg te mogen verlenen is een vergunning van het ministerie van VWS nodig. In 2018 wordt de vergunning voor de ambulancezorg opnieuw verleend. Zowel de GGD als de Veiligheidsregio verwachten dat met de huidige constructie niet de meest concurrerende inschrijving gedaan kan worden, waardoor de RAV in de huidige constructie haar vergunning zal verliezen.

De Dagelijks Besturen van de GGD en Veiligheidsregio Brabant-Zuidoost hebben daarom opdracht gegeven tot een onderzoek naar de positionering van de RAV. Het onderzoek richt zich met name op de vraag bij welke organisatie de RAV de beste uitgangspositie heeft voor de aanbesteding: bij de GGD of bij de Veiligheidsregio. Inmiddels is het onderzoeksrapport van een extern bureau opgeleverd. Het rapport concludeert dat de RAV het beste kan worden ondergebracht binnen de GGD. In de loop van 2015 zullen gemeenten op voorstel van de algemene besturen van GGD en Veiligheidsregio via een zienswijze procedure bij het besluit over de toekomstige positie van de ambulancezorg betrokken worden. Verwacht wordt dat de overheveling van ambulancezorg naar de GGD voor gemeenten budgettair neutraal kan verlopen.

5.7 Aanvullende taken op het terrein van de Publieke Gezondheid

In de gemeenschappelijke regeling is expliciet de mogelijkheid gegeven dat de GGD wordt belast met aanvullende taken die door gemeenten of derden worden opgedragen in het kader van de algemene doelstelling van de GGD. Het Algemeen Bestuur ziet de volgende meerwaarde van aanvullende taken:

- De synergie met of versterkende werking op de (wettelijke) basistaken van de GGD.
- Een bredere maatschappelijke en financiële basis voor en betekenis van de GGD.
- Het vernieuwende karakter (met name de projecten of pilots).

Voorwaarde is wel dat de aanvullende taken passen bij de algemene doelstelling van de GGD.



Concreet zijn momenteel de volgende aanvullende taken bij de GGD belegd:

- *Lijkschouwingen en het afgeven van euthanasieverklaringen (i.o.v. gemeenten)*. Het betreft een wettelijk taak. Gemeenten zijn vrij om deze taak te beleggen bij wie ze dat willen, mits voldaan wordt aan de kwaliteitseisen. De GGD voert deze taak al van oudsher uit voor Algemeen Bestuur gemeenten. De taak wordt bekostigd via de inwonersbijdrage.
- *Forensische diensten voor politie en justitie*. Het betreft een contracttaak die betaald wordt door politie en justitie. Het omvat arrestantenzorg en specifiek medisch-forensisch onderzoek (zoals bloedonderzoek, ademtesten, DNA-onderzoek).
- *Publieke Gezondheid asielzoekers*: het uitvoeren van de wettelijke taken op het terrein van publieke gezondheid voor de asielzoekerscentra in onze regio (nu in Cranendonck en Eindhoven). Deze taken worden gefinancierd door het COA.
- *Contractactiviteiten op projectbasis of met een incidenteel karakter*. Momenteel gaat het om activiteiten zoals hepatitis B vaccinatie van risicogroepen, ondersteuning van mantelzorg, prostitutiebasiszorg, bijhouden van het register kinderopvang en monitoring op wijk- en buurtniveau, het project seksuele diversiteit, rookvrije scholen, preventie-curatie wijkscan, vrouwen/meisjesbesnijdenis, VVE-inspecties, onderzoek naar hinderbeleving van Eindhoven Airport.

6. Personeel, organisatie en communicatie

Medewerkers van de GGD werken elke dag voor tevreden klanten; onze gemeenten, burgers, partners. Maar we werken ook in een tijd van continu veranderen. Willen we tevreden klanten houden, dan moeten wij deze veranderingen actief bijhouden. Daarom is en blijft de GGD in beweging.

De afgelopen tijd heeft de GGD geïnvesteerd in een aantal trajecten zoals resultaatgericht management, strategische personeelsplanning en een traject om onze positie binnen de transities en het sociaal domein te bepalen. Deze ontwikkelingen zijn er allemaal op gericht om optimaal en continu te kunnen inspelen op de (toekomstige) veranderingen. Vanaf 2015 brengt de GGD de resultaten van deze acties bewust en expliciet samen in het meerjarenprogramma "GGD blijft in beweging".

Met dit programma GGD blijft in beweging willen we een aantal duidelijke resultaten bereiken:

- Onze positie in het sociaal domein is helder en sterk.
- We weten "waar we van zijn" en we zijn zichtbaar aanwezig binnen relevante netwerken en samenwerkingsrelaties.
- Onze dienstverlening sluit aan bij het brede concept van positieve gezondheid.
- Medewerkers zijn zich bewust van de veranderingen die de ontwikkelingen binnen het sociaal domein voor hun werk met zich meebrengen, gaan hier succesvol mee om en hebben een goede arbeidsmarktpositie.



Brabant-Zuidoost

Gerichte externe communicatie is van groot belang om onze (gezondheids)doelstellingen te bereiken. Bovendien is ook de (lokale) zichtbaarheid van de GGD van wezenlijk belang voor ons voortbestaan. Klanten moeten weten waar de GGD voor staat en wat de GGD voor hen kan betekenen. Maar er is meer. De huidige veranderingen om ons heen vragen ook een andere manier van communiceren. De relatie tussen organisaties (dus ook de GGD) en klanten is sterk veranderd; vertrouwen in organisaties en de professional is niet meer vanzelfsprekend, klanten vragen om transparantie en verantwoording, dienstverlening op maat, eigen inbreng en verantwoordelijkheid. De tijd dat communicatie gericht was op het (van boven af) beïnvloeden van de doelgroep is uit. Communicatie is vooral luisteren, in contact treden met je doelgroep, de dialoog aan gaan en het behouden of winnen van vertrouwen. Door de toename van online communicatie wordt de (toon van) communicatie ook steeds persoonlijker (op maat) en informeler.

De komende jaren zullen we onze externe communicatie nog meer hierop gaan inzetten. Het gaat daarbij om de (lokale) aanwezigheid, vindbaarheid, beschikbaarheid en zichtbaarheid van de GGD. Onze huidige website wordt continu geoptimaliseerd op vindbaarheid en inhoud (zoekmachine marketing). We gaan door met het inzetten van interactieve communicatie middelen door o.a. een chat met jongeren en het (digitaal) raadplegen van een klantenpanel . We gebruiken onze social media (Facebook, Twitter) om onze omgeving te monitoren en om met onze klanten in gesprek te kunnen gaan. Alle ervaringen gebruiken we om digitale media en moderne communicatietechnologie verder te blijven inzetten, afgestemd op behoefte en kenmerken van onze klanten.



7. Financieel meerjarenperspectief Publieke Gezondheid en Ambulancezorg

7.1 Inleiding

De wettelijke en gezamenlijke taken die de GGD in opdracht van de gemeenten uitvoert worden gefinancierd op basis van een bijdrage per inwoner.

Het bestuur heeft ervoor gekozen om hierop 1 uitzondering te maken: toezicht op kinderopvang. Die taak wordt op contractbasis gefinancierd omdat gemeenten eigen beleidsruimte hebben om die taak in te vullen, omdat de berekening van de rijksbijdrage per gemeente verschilt en de verschillen tussen gemeenten groot zijn qua aantallen kinderdagverblijven, gastouders ed. Naast de wettelijke taken voert de GGD contracttaken voor de gemeenten uit. Deze taken liggen in het verlengde van de wettelijke taken. De uitvoering van deze taken wordt met de individuele gemeenten schriftelijk vastgelegd (doel, inhoud, werkwijze, kosten). Daarnaast worden ook nog contracttaken voor derden uitgevoerd. Opdrachtgevers c.q. afnemers zijn dan andere overheden, instellingen, zorgverzekeraars, bedrijven of particulieren. De GGD heeft geen winstoogmerk met de contracttaken, het bestuur heeft wel als eis gesteld dat deze kostendekkend moeten worden uitgevoerd.

De omvangrijkste contracttaak is Ambulancezorg (AZ), dat ca. 50% van de totale exploitatie van de GGD omvat. AZ wordt als een afzonderlijk programma verantwoord. Alle overige taken van de GGD worden verantwoord onder het programma Publieke Gezondheid (PG), inclusief de ondersteunende diensten; de overheadkosten voor de ambulancedienst worden tussen beide programma's verrekend.

Hoofdpijnen exploitatie

Volgend overzicht geeft inzicht in de kosten en herkomst van de baten per pijler volgens de begroting 2016.



Brabant-Zuidoost

Pijlers	Financiering per pijler							
	Inwoner bijdragen gemeenten		Overige bijdragen gemeenten	Contract bijdragen gemeenten	Contract bijdragen rijk	Contract bijdragen zorg-verzekeraars	Contract bijdragen derden	TOTAAL
Monitoren, signaleren en adviseren	2,18	1.640.000		400.000			150.000	2.190.000
Uitvoerende taken gezondheidsbescherming	2,85	2.145.000			1.040.000	65.000	1.365.000	4.615.000
PG bij incidenten, rampen en crises	0,50	380.000					10.000	390.000
Toezicht houden	0,11	80.000		1.100.000			15.000	1.195.000
Jeugdgezondheidszorg	8,66	6.518.000	125.000					6.643.000
<i>PuberContactMoment JGZ*</i>	<i>(0,83)</i>	622.000						622.000
Ambulancezorg	0,00	0	55.000	30.000	1.100.000	16.030.000	425.000	17.640.000
Aanvullende taken PG	0,27	205.000		690.000	105.000		500.000	1.500.000
<i>Bestuurskosten **</i>	0,49	365.000						365.000
<i>Aflopande rechtspos. bijdragen gemeenten</i>	0,00	0	390.000					390.000
totaal	15,06	11.955.000	570.000	2.220.000	2.245.000	16.095.000	2.465.000	35.550.000

* per 2016 wordt het pubercontactmoment (pcm) van de contracttaken overgeheveld naar het gezamenlijke takenpakket. Het wordt echter niet o.b.v. een bijdrage per inwoner gefinancierd maar o.b.v. de verdeelsleutel zoals door VWS gehanteerd voor de verdeling van de middelen naar de gemeenten. In bovenstaande tabel is wel het totaal bedrag pcm 2016 (€ 622.000) herrekend naar een bedrag per inwoner (0,83), in de totaalstelling van het bedrag per inwoner is deze, om verwarring met de bedragen in de bijlagen te voorkomen, niet opgenomen .

** de bezuinigingen op overhead en huisvesting en de afname i.v.m. de gewijzigde verrekening van de btw-compensatie zijn in zijn geheel in mindering gebracht op de post bestuurskosten.



Bij instellingen als de GGD BZO wordt vaak een deel van de overhead als instandhoudingskosten benoemd. Deze wordt dan afzonderlijk in de basisvergoeding opgenomen en niet in de (uur)tariefberekening verwerkt, om daarmee te voorkomen dat dat tarief te hoog en niet concurrerend zou zijn. Bij de GGD BZO is deze methodiek in 2008 bij de fusie ook zo overeengekomen. Een deel van de overhead is afzonderlijk als bestuurskosten in het bedrag per inwoner opgenomen; er is geen samenstelling benoemd maar slechts een bedrag, het is daarmee meer een theoretische benadering. Bij de diverse bezuinigingsoperaties is dit bedrag (als bestanddeel van de gemeentelijke inwonerbijdrage) per saldo afgenomen, hoewel dus niet direct op onderdelen aanwijsbaar. Ook de uiteindelijke besparing volgens het reorganisatieplan van de overhead en de besparing op huisvesting kunnen per saldo aangemerkt worden als een verlaging van dit bestanddeel.

Allereerst worden in de volgende paragraaf specifieke ontwikkelingen met betrekking tot het Programma Ambulancezorg (AZ) beschreven. Omdat AZ, behoudens de verrekening voor de ondersteunende diensten, een volledig gescheiden financiering en verantwoording kent, zijn daar deels andere kaders op van toepassing dan bij PG. De daarop volgende paragrafen hebben dan vrijwel uitsluitend betrekking op PG, tenzij specifiek aangegeven.

7.2 Ambulancezorg.

Ambulancezorg wordt nagenoeg volledig gefinancierd uit de premie-middelen via zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft ten aanzien van die financiering een toetsende en toezichthoudende rol. AZ kent een eigen cao die door de koepelorganisatie Ambulancezorg Nederland (AZN) met de bonden wordt overeengekomen. De indexering van de budgetvergoeding komt over het algemeen overeen met de salariskostenontwikkeling. Jaarlijks wordt met zorgverzekeraars onderhandeld over de aanwending en hoogte van bepaalde budgetonderdelen, hetgeen in een constructieve sfeer plaatsvindt. Het personele deel van het budget (ca. 75%) staat overigens nagenoeg vast en is gebaseerd op een 4-jaarlijkse analyse door het RIVM van de rittenstatistieken. Die analyse leidt tot de berekening een paraatheidsbudget dat dus, behoudens indexering, minimaal 4 jaren geldig blijft. Verzekeraars stellen overigens wel een aantal prestatie-eisen waar een relatief beperkte financiële afrekening aan verbonden wordt. Voor de meeste materiële budget-onderdelen zijn door de NZa normbedragen vastgesteld.

Naast bovengenoemde directe personele kosten wordt een aanzienlijk bedrag (momenteel ca. € 1,1 miljoen) aan personele kosten uitgegeven vanwege de Functioneel Levensloop Ontslag (FLO)-regeling. Ambulancemedewerkers die voor 1 januari 2016 in dienst waren kunnen op basis van die regeling vanaf 56 jaar met (deeltijd-) ontslag. Het ministerie van VWS vergoedt middels een subsidieregeling 95% van deze kosten.



De belangrijkste materiële kostencomponenten betreffen *autokosten* (ca. € 1,6 miljoen voor 27 ambulances, 2 rapid-responder-auto's en 7 piketvoertuigen), *huisvesting* (ca. € 0,6 miljoen voor 7 standplaatsen waarvan 2 in eigendom), *medische verbruiks artikelen* (ca. € 0,5 miljoen) en *ICT- en verbindingsvoorzieningen* (ca. € 0,6 miljoen).

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

De afgelopen jaren heeft AZ als gevolg van moeilijk te vervullen vacatures voor verpleegkundige, lange inwerkperiode en een hoog ziekteverzuim, veel personeel van derden moeten inhuren hetgeen uiteraard duurder is dan eigen personeel. Verzekeraars hebben hier overigens ook diverse jaren extra middelen voor beschikbaar gesteld. De hoge post inhuur derden heeft er wel toe geleid dat enkele jaren een tekort op de exploitatie ontstond. Het tekort aan verpleegkundigen lijkt inmiddels weer terug te lopen. Daarnaast is het afgelopen jaar een herstructureringsplan opgesteld dat er mede toe moet leiden dat in de loop van 2015 de inhuur weer tot een normale omvang is teruggebracht.

Vanwege de problematiek met vacatures is tot nu toe niet de volledige maximale paraatheid ingezet kunnen worden, waardoor een beperkt deel van het beschikbare budget niet is aangewend en dus ook niet wordt uitgekeerd. De verwachting is dat eind 2015/begin 2016 dit maximum wel bereikt wordt. Waarschijnlijk levert dat nog een (beperkte) bijdrage aan de verbetering van de rijtijd-overschrijdingen.

De algemene kostenstijging/indexering van zowel personele als materiële kosten is gemiddeld genomen in lijn met de indexering van het budget dat zorgverzekeraars beschikbaar stellen. Investerings, met name in ambulances, leiden jaarlijks tot beperkte verschuivingen in de kapitaallasten.

Zie verder ook hierna bij bezuinigingen de paragraaf *Positionering ambulancezorg*.

7.3 Bezuinigingen.

Gezien de context van de moeilijke financiële situatie bij gemeenten levert ook de GGD haar bijdrage in noodzakelijke bezuinigingen; daarnaast is daar momenteel ook noodzaak toe in verband met afnemende inkomsten. Vanaf de fusie in 2008 zijn aan de GGD reeds aanzienlijke im- en expliciete bezuinigingen opgedragen. Zo was bij de fusie voor de eerste jaren een bezuinigingsopdracht meegegeven van € 550.000 structureel en in 2012 kwam daar nog een generieke jaarlijkse bezuiniging van 10% (€ 1.100.000) op de bijdrage per inwoner op. In totaal is vanaf 2008 tot heden op het Programma Publieke Gezondheid structureel (ca. € 3 miljoen) en incidenteel (ca. € 1,25 miljoen) bezuinigd. Een belangrijk deel daarvan is gerealiseerd zonder noemenswaardige afname van taken; invulling is vooral uitgevoerd door het terugdringen van de overhead en -functies, omdat er in de post-fusie periode zich daar ook 'natuurlijke' mogelijkheden tot besparing toe voor deden, en wijziging van de werkwijzen bij uitvoering van taken.



Brabant-Zuidoost

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

In de komende jaren worden door de GGD nog besparingen gerealiseerd als gevolg van:

- Verdere besparing op overheadkosten personeel.
- Besparing op huisvestingskosten.
- Positionering Ambulancezorg.

Verdere besparing op overheadkosten personeel

In 2013 is, op initiatief van de directie van de GGD, besloten om de overhead van de GGD te reorganiseren (management en bepaalde ondersteunende functies). Aanleiding was het teruglopen van inkomsten uit contracttaken en het tekort dat daardoor dreigde te ontstaan vanwege het wegvallen van overheaddekking. Deze reorganisatie, waarbij als uitgangspunt is gehanteerd dat die met zo min mogelijk frictiekosten gepaard moest gaan, levert een stapsgewijze structurele kostenreductie op tot € 600.000 per 2017 (8 fte). Die besparing wordt aangewend ter dekking van genoemde teruglopende overheaddekking, verlaging van GGD tarieven van contracttaken (hiervan komt ca. € 150.000 t.g.v. de gemeenten), het mogelijk maken van innovaties en het verlagen van de inwonersbijdrage van gemeenten. Het reorganisatieplan biedt uiteindelijk per 2017 een netto bezuiniging op de gemeentelijke bijdrage per inwoner van 200.000 euro.

Of de afname van de overhead zich daarna nog verder kan doorzetten is zeer de vraag. De rek is er natuurlijk op een gegeven moment wel uit. Het bekende en voorspelbare natuurlijk verloop bij de overhead-functies tot en met 2018 is hiermee nu 'benut'.

Besparing op huisvestingskosten

De herhuisvesting van de GGD (verhuizing naar Witte Dame en verkoop Callenburgh) levert een structurele besparing op van € 200.000 euro per jaar. Gemeenten hebben in dit verband eerder ook een eenmalige bijdrage in het boekwaarde-verlies toegezegd van ca. € 700.000. Het Algemeen Bestuur heeft besloten dat jaarlijks aan de hand van de jaarrekening en begroting wordt gezien in hoeverre de structurele besparing terugvloeit naar gemeenten en/of wordt aangewend om de algemene reserve van de GGD op peil te brengen. Voor 2015 is besloten hiervan € 100.000 toe te voegen aan de algemene reserve en € 100.000 aan te wenden voor verlaging van de gemeentelijke bijdragen. Gestreefd wordt naar een minimale algemene reserve van 5% van de gemeentelijke bijdrage, dat is vooralsnog ca. € 600.000. Gezien het rekeningresultaat over 2014 (139.000 positief) zal dat niveau uiterlijk in 2016 bereikt worden, en kan de besparing op huisvestingskosten dan m.i.v. 2017 volledig in mindering worden gebracht op de inwonersbijdrage. Uiteraard is dit ook afhankelijk van het exploitatieresultaat in de komende jaren.



In onderstaand overzicht wordt de omvang van de toekomstige besparingen weergegeven.

Resumé

(bedragen cumulatief weergegeven).

	2015	2016	2017	2018 e.v.
Huisvesting*	100.000*	100.000*	200.000	200.000
Bezuiniging overhead/index	<u>0</u>	<u>150.000</u>	<u>200.000</u>	<u>200.000</u>
TOTAAL**)	100.000	250.000	400.000	400.000

*) Reeds in de programmabegroting en gemeentelijke bijdrage 2015 verwerkt.

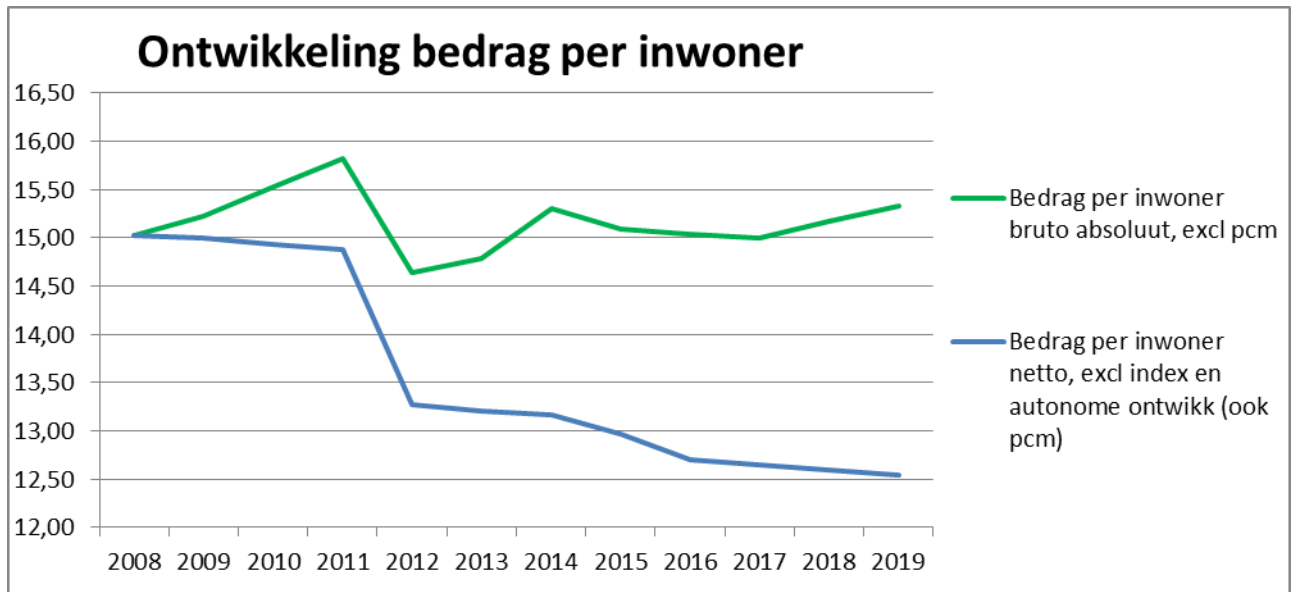
**) daarnaast zijn de tarieven voor gemeentelijke contracttaken miv 2015 met € 150.000 verlaagd.

Positionering ambulancezorg

Zoals hiervoor aangegeven zal worden voorgesteld om de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) per 2016 integraal onder te brengen bij de GGD. De financiële efficiency-effecten die hier een gevolg van zijn, zullen grotendeels ten goede komen aan het Programma Ambulancezorg. Het is immers ook de doelstelling van de integratie om de RAV in een concurrerender positie te brengen bij de komende aanbesteding van de vergunningverlening per 2018. Op termijn mag hiervan ook een beperkt positief effect verwacht worden op de (verdeling van de) algehele GGD-overhead. Per 2018 ontstaat wel het risico dat de GGD ambulancezorg als taak verliest.

7.4 Gemeentelijke bijdrage per inwoner voor het gezamenlijke takenpakket (bpi).

De gemeentelijke bijdrage per inwoner in absolute zin beweegt zich sinds 2008 tussen de 14,50 en 16 euro; zonder indexering zou die vanaf 2008 echter zijn gedaald van 15 naar minder dan 13 euro. Hierbij is van belang op te merken dat sinds 2012 bij de jaarlijkse berekening van de BPI uitgegaan wordt van het geldende totaalbedrag aan gemeentelijke bijdragen en niet van het bedrag per inwoner. Op het totaalbedrag wordt de indexering toegepast en dat bedrag wordt vervolgens gedeeld door het nieuwe aantal inwoners. Bij een stijging van het aantal inwoners, die er sindsdien ook geweest is, leidt deze berekeningswijze dus per definitie tot een daling van het bedrag per inwoner. Onderstaand wordt de ontwikkeling van het bedrag per inwoner sinds de fusie weergegeven, zowel in absolute zin als in een netto bedrag waarbij index en autonome ontwikkelingen buiten beschouwing zijn gelaten. Het pubercontactmoment is hierbij nog buiten beschouwing gelaten omdat dat vooralsnog ook niet middels een bedrag per inwoner verrekend gaat worden. Voor de komende jaren zijn de ontwikkelingen zoals hierna geschetst reeds meegenomen.



Welke majeure ontwikkelingen zien we?

Naast de in de vorige paragraaf vermelde bezuinigingen, oplopend tot € 400.000 structureel vanaf 2017, zijn de volgende zaken van belang met betrekking tot de ontwikkeling van de gemeentelijke bijdrage per inwoner voor het gezamenlijke takenpakket.

BTW compensatie

Gemeenten ontvangen jaarlijks namens de GGD de teruggave van het btw-compensatiefonds van ca. € 165.000; dit is in feite een verlaging van de gemeentelijke bijdrage aan de GGD. Btw-compensatie wordt daarmee tot nu toe echter niet maximaal benut.

Belangrijkste doel van het btw-compensatiefonds is het wegnemen van de factor btw in de afweging door decentrale overheden tussen het uitbesteden van werkzaamheden of het uitvoeren ervan door de eigen organisatie. In de huidige afspraak tussen GGD en gemeenten wordt dit doel niet bereikt. De GGD ontvangt immers de btw bij uitbesteding niet terug, dus voor haar exploitatie en besluitvorming is de factor btw bij uitbesteding een kostenbestanddeel en telt dus als zodanig wel mee. Als de btw-compensatie ten goede zou komen aan de GGD wordt geschat dat die tot ca. € 200.000 kan toenemen. De gemeentelijke bijdrage kan in dat geval dan met € 200.000 verminderd worden. Voor € 165.000 is dit dan voor gemeenten wel 'een sigaar uit eigen doos', omdat de btw-ontvangst bij de gemeenten vervalft. Daar staat wel tegenover dat de vermindering van de gemeentelijke bijdrage structureel en vast is terwijl de omvang van de btw-teruggave onzeker is. Het risico (positief en negatief) ligt dan bij de GGD. In ieder geval dient de GGD de resterende € 35.000 in te vullen middels bezuiniging en/of toename van de btw-compensatie. Het algemeen bestuur heeft in het najaar van 2014 besloten om met ingang van 2015 deze verrekening voortaan toe te passen: de gemeentelijke bijdrage is met € 200.000 verlaagd en de GGD krijgt de btw-compensatie die de gemeenten namens haar kan claimen gerestitueerd.



Gelijktijdig met de aanbieding van deze kadernota wordt de betreffende begrotingswijziging voor 2015 aan gemeenten voorgelegd, in de programmabegroting 2015 was dit immers nog niet verwerkt.

Budgetafspraken en methode van indexering

Gemeenten en GGD maken gebruikelijk een budgetafpraak voor 4 jaren, waarbij de inhoud en de hoogte van het budget voor de uitvoering van de gezamenlijke taken wordt vastgesteld, alsook een afspraak over de methodiek van indexering. De inhoudelijke taken voor de komende budgetperiode 2016-2019 is zoals beschreven in het eerste deel van deze kadernota. Voor zover nu te overzien kan de GGD die activiteiten, onvoorziene omstandigheden daargelaten, uitvoeren met de huidige gemeentelijke bijdrage in het gezamenlijke takenpakket inclusief de genoemde bezuinigingen. Bij de voorgaande inhoudelijke ontwikkelingen in de pijlers zijn weliswaar ontwikkelingen geschetst die mogelijk financiële consequenties kunnen hebben, maar daartoe nog onvoldoende concreet zijn. Mocht daar aanleiding toe zijn dan zullen deze middels afzonderlijke dossiers voorgelegd worden.

Bij de budgetafspraken 2012-2015 tussen GGD en gemeenten is gekozen voor een eenvoudige wijze van indexering. Gehanteerd wordt het door Centraal Planbureau (CPB) voor het begrotingsjaar gepubliceerde indexcijfer voor de consumptieve overheidsbestedingen. Hierbij wordt geen onderscheid meer gemaakt in salarissen en prijzen, en gedurende de budgetperiode van 4 jaren wordt geen nacalculatie toegepast. Bij aanvang van de nieuwe budgetperiode wordt dan bezien of een substantiële afwijking op de indexering is ontstaan en of het bedrag per inwoner dienstengevolge moet worden aangepast om een gelijk niveau van dienstverlening te kunnen blijven realiseren.

De werkelijke kostenontwikkeling bij de GGD is voor de jaren 2012 t/m 2014 afgezet tegen de gehanteerde indexering. Over die periode resulteert dan cumulatief een structureel overschot van ca. € 100.000 op de indexering van de gemeentelijke bijdrage. Deze meevaller is verrekend in de calculaties m.b.t. het reorganisatie plan omdat daarin ook het tekort op de begroting 2014 is opgenomen, waarmee deze meevaller in feite ook verrekend wordt. Zie paragraaf bezuinigingen. Omdat de jaarlijkse verschillen, ook cumulatief, gemiddeld beperkt zijn is door het algemeen bestuur in het najaar van 2014 besloten de methode van indexering ook voor de komende budgetperiode van 2016-2019 te continueren.

Indicatie inwonersbijdrage 2016 – 2019

Op basis van hiervoor genoemde bezuinigingen en uitgangspunten zal de gemeentelijke bijdrage voor de komende 4 jaren zich naar verwachting als volgt ontwikkelen: (hierbij is gerekend met de gemiddelde stijging van het aantal inwoners van de afgelopen jaren (0,4%) en een index van 1.5%).



	2015	2016	2017	2018	2019
#inwoners (aannee + 0,4%/jaar)	748.264	752.485	755.495	758.517	761.551
totaal gem bijdrage progr begr '15 *	€ 11.496.000				
af correctie ivm btw compensatie	-€ 200.000				
Bezuiniging overhead/index		-€ 150.000	-€ 50.000		
Bezuiniging 2e tranche huisvesting index (aannee 2017 ev 1,5%)		€ 190.000	€ 170.000	€ 170.000	€ 175.000
totaal gem bijdrage geraamd	€ 11.296.000	€ 11.336.000	€ 11.356.000	€ 11.526.000	€ 11.701.000
bedrag per inwoner gez. taken	€ 15,10	€ 15,06	€ 15,03	€ 15,20	€ 15,36
<i>bij ivm taakoverheveling pcm**</i>		€ 622.000	€ 631.000	€ 641.000	€ 650.000
totaal gem bijdrage geraamd	€ 11.296.000	€ 11.958.000	€ 11.987.000	€ 12.167.000	€ 12.351.000

*) Hierin is de 1^e tranche van de bezuiniging op de huisvestingskosten van € 100.000 reeds opgenomen.

***) Voor toelichting met betrekking tot pcm zie de volgende paragraaf *Contracttaken gemeenten*.

In bijlage 1 is een specificatie van deze ramingen per gemeente opgenomen.

7.5 Contracttaken gemeenten

Naast het gezamenlijke takenpakket voert de GGD contracttaken voor de gemeenten uit. Deze taken liggen in het verlengde van de wettelijke taken. De uitvoering van deze taken wordt met de individuele gemeenten afzonderlijk contractueel vastgelegd. De in omvang belangrijkste taken in dezen zijn momenteel Inspectie Kinderopvang (ca. € 1,1 miljoen), BCF-Eindhoven (ca. 0,5 miljoen), Participatie in CJG's (ca. € 0,4 miljoen) en Pubercontactmoment JGZ (ca. € 0,6 miljoen).

Welke majeure ontwikkelingen zien we ?

Verlaging uurtarief

Zoals reeds eerder in deze kadernota vermeld, loopt de omvang van de gemeentelijke contracttaken de laatste jaren fors terug; met name de BCF-opdracht van de gemeente Eindhoven, die voorheen nog ca. € 2 miljoen bedroeg is fors afgenomen. Omdat met name een hoog uurtarief, tenminste in verhouding tot de lokale 'concurrenten', vaak als belemmering werd genoemd, is sedert enkele jaren een traject van verlaging van het uurtarief voor contracttaken in gang gezet. Met ingang van 2015 zijn deze tarieven gemiddeld zelfs nog met ca. € 10,- per uur verlaagd, gedekt uit de reorganisatie van de overhead. Verwacht wordt dat mede als gevolg daarvan de teruggang in contracttaken tot staan kan worden gebracht en op termijn zelfs weer licht zal toenemen. Met name ontwikkelingen in het sociaal domein bieden daartoe mogelijk kansen.

Puber contactmoment (PCM)

Met ingang van 1 januari 2015 is het nieuwe basispakket JGZ formeel van kracht.

'Ziekteverzuim' en 'beleidsadvies' zijn als taak toegevoegd. Verder is opgenomen dat JGZ aan jongeren vanaf 14 jaar een aanbod doet; ook wel het puber contactmoment (PCM) genoemd.



Hiervoor hebben gemeenten vanaf 2013 extra middelen gekregen. Dit PCM is door de GGD vanaf het schooljaar 2013/2014 stapsgewijs ingevoerd en niet bij alle gemeenten gelijktijdig.

Vandaar dat dit tot nu toe als contracttaak is bekostigd. Met ingang van 2016 wordt dit integraal voor alle gemeenten uitgevoerd en alsdan als een gezamenlijke taak gefinancierd, zo is door het algemeen bestuur inmiddels besloten.

Daarbij is tevens vastgesteld dat de verdeling van de bijdrage in de kosten van het PCM niet plaats vindt op basis van het aantal inwoners, maar op basis van de oorspronkelijke verdeelsleutel die het ministerie gehanteerd heeft voor het verdelen van middelen over de gemeenten en waarin onder meer aantal jongeren en SES zijn meewogen. Herrekening naar een bedrag per inwoner zou tot grote verschuivingen hebben geleid. Een aanpassing van de verdeelsleutel van het pubercontactmoment, maar mogelijk de gehele JGZ, zal worden overwogen op het moment dat het AB besluit over te gaan tot de realisatie van een integrale JGZ. Op dat moment zal een harmonisatie moeten plaatsvinden tussen JGZ 0-4 jaar (werkt met bijdrage per kind) en JGZ 4-19 jaar (werkt afgezien van pcm met bijdrage per inwoner).

7.6 Overige bijdragen gemeenten

Naast de gezamenlijke bijdrage per inwoner en de contracttaken betalen gemeenten in onze regio ook nog algemene bijdragen, veelal ter dekking van uit historisch perspectief veroorzaakte kosten en/of afbouw van dergelijke algemene kosten. In bijlage 2 wordt het verloop hiervan sinds de fusie en de verwachting voor de komende jaren inclusief de verdeling over de gemeenten weergegeven. De structurele algemene bijdragen nemen, veelal gelijk met de kosten, gestaag af.

In 2011 is door gemeenten nog wel eenmalig € 300.000 bijgedragen vanwege afbouw van de taak logopedie en in 2014 is eenmalig € 695.000 toegezegd vanwege afwaardering van de boekwaarde van de Callenburgh. De grote afname bij de gemeente Eindhoven heeft voor een belangrijk deel te maken met de afbouw van de fusie-harmonisatie-bijdrage en andere specifieke fusiebijdragen.

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

Deze niet direct aan de uitvoerende taken gerelateerde kosten zijn inmiddels maximaal beperkt en de bijdragen daarvoor zijn daarom ook steeds verder teruggelopen. Wat nog resteert betreft nagenoeg volledig langjarige verplichtingen die nog slechts geleidelijk afnemen, zie bijlage 2.



7.7 Contracttaken derden

Naast de diverse bijdragen en vergoedingen van gemeenten ontvangt de GGD ook van derden bijdragen en vergoedingen voor dienstverlening, in totaal ca. € 3,25 miljoen.

De in omvang belangrijkste taken in dezen zijn momenteel Reizigersvaccinatie (ca. € 1,25 miljoen), bijdragen Rijk voor SOA-bestrijding (ca. € 0,8 miljoen), het Rijksvaccinatieprogramma (ca. € 200.000), Forensische diensten politie (ca. € 200.000) en Publieke Gezondheid Asielzoekers (ca. € 200.000). Deze taken worden in principe uitgevoerd tegen kostprijs en leveren zo, gezien de omvang, een belangrijke bijdrage aan de dekking van de overhead waardoor ook een kwalitatief betere ondersteuning van de organisatie als geheel kan worden gerealiseerd.

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

Ook de taken voor derden staan de laatste jaren onder druk, hoewel de totale omvang ervan gemiddeld genomen gelijk is gebleven. Voor Forensische diensten Politie loopt momenteel echter een aanbestedingstraject, waarvoor de GGD uiteraard ook geoffreerd heeft; het risico bestaat dat deze opbrengst dus gaat vervallen. Als dat gebeurt betekent dat niet alleen minder inkomsten maar ook dat de kosten van Lijkschouwing (wettelijke taak) zullen toenemen, omdat voor Lijkschouwing en Forensische diensten politie een gezamenlijke piketdienst wordt gedraaid; die piketkosten komen dan alleen ten laste van Lijkschouwing. Publieke Gezondheid Asielzoekers is er in de loop van 2014, vanwege (her)opening van asielzoekerscentra, weer als taak bijgekomen, na enige jaren geleden gestopt te zijn.

Vooralsnog wordt geen substantiële wijziging in de totale omvang van de taken voor derden verwacht, onder voorbehoud van de uitkomst van de genoemde aanbesteding Forensische diensten Politie.

7.8 Algemene kostenontwikkeling

Omdat de GGD een door gemeenten opgerichte gemeenschappelijke regeling is, is ook integraal de gemeentelijke CAO (Car/Uwo) van toepassing. Waarmee dus tevens de kaders voor de ontwikkeling van de personele kosten (ca. 70% van het totaal) vast staan. De huidige cao-afspraken gelden nog tot en met 2015, ontwikkeling daarna is nog ongewis.

Investerings (en daarmee de kapitaallasten) hebben een redelijk constant ritme en leiden niet tot grote verschuivingen in de jaarlijkse exploitatiekosten. In 2012 is nog wel een aanzienlijke eenmalige investering in de huisvesting van de Witte Dame gedaan. Deze wordt in 20 jaar afgeschreven, gelijk aan de duur van het huurcontract. Ook voor het gebouw de Callenburgh in Helmond is een langjarig (21 jaar) huurcontract voor de begane grond opgenomen in de verkoopvoorwaarden. Voor de overige materiële kosten wordt in het algemeen de indexering gehanteerd zoals ook bij de berekening van de gemeentelijke bijdrage wordt toegepast; en deze is, zoals gebleken, gemiddeld genomen voldoende.



Welke majeure ontwikkelingen zien we?

De invoering van Het Nieuwe Werken en de huisvesting in de Witte Dame hebben er toe geleid dat een groter deel van de overheadkosten (m.n. bij ICT en huisvesting) als vaste basisvoorziening is te duiden, waardoor uitbreiding van taken (en medewerkers) eenvoudiger kan worden gerealiseerd, zonder dat die basis hoeft te worden aangepast.

7.9 Weerstandsvermogen en risico's

Volgens artikel 11 van het Besluit Begroting en Verantwoording (BBV) bestaat het weerstandsvermogen uit de relatie tussen:

- De weerstandscapaciteit, zijnde de middelen en de mogelijkheden waarover kan worden beschikt om niet begrote kosten te dekken.
- Alle risico's waarvoor geen maatregelen zijn getroffen en die van materiële betekenis kunnen zijn in relatie tot de financiële positie.

Het weerstandsvermogen kan worden omschreven als de mate waarin de GGD in staat is om niet structurele financiële tegenvallers op te vangen zonder dat dit gevolgen heeft voor het bestaande takenpakket.

De omvang van het weerstandsvermogen is afhankelijk van het risicoprofiel van de GGD. Dit profiel geeft het totaal van risico's met een substantiële impact die gedekt moeten kunnen worden met de beschikbare weerstandscapaciteit.

De kwantificering van de risico's vindt plaats via een zogenaamde risico-inventarisatie, die jaarlijks bij de aanbidding van de programmabegroting aan het bestuur wordt voorgelegd. Deze berekening is deels theoretisch van aard omdat gerekend wordt met een procentuele kans inschatting.

De weerstandscapaciteit is het geheel van middelen en mogelijkheden waarover de GGD beschikt om bij de GGD worden als weerstandscapaciteit aangemerkt:

- De Algemene Reserve
- De jaarlijkse begrotingspost 'Onvoorzien'

Volgens de BBV vallen onder de weerstandscapaciteit ook de bestemmingsreserve en de voorzieningen. Dit zijn echter financiële middelen die gevormd zijn ter dekking van al voorziene risico's en gebeurtenissen die niet opgenomen worden in de risico-inventarisatie.

Overigens is het wel zo dat voor wat betreft de bestemmingsreserves het bestuur kan besluiten deze reserves een andere bestemming te geven. De voorzieningen zijn ingesteld voor de egalisatie van de kosten, zoals bijvoorbeeld toekomstig onderhoud gebouwen.

De Algemene Reserve en de begrotingspost 'Onvoorzien' zijn beiden bedoeld als buffer voor onvoorziene uitgaven.



Hiermee kunnen onder andere schommelingen in de jaarlijkse exploitaties worden opgevangen, zodat niet elk jaar voor relatief beperkte bedragen een afrekening met de gemeenten hoeft plaats te vinden. De algemene reserve heeft een meerjarige functie, de begrotingspost 'onvoorzien' betreft risicoafdekking gedurende een begrotingsjaar.

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

De exploitatieresultaten van de GGD zijn jaarlijks beperkt van omvang, vanaf de fusie is een gemiddeld rekeningresultaat per jaar gerealiseerd van ca. € 40.000 positief.

De risico-inventarisatie per begin 2015 resulteert in een benodigde weerstandscapaciteit van ruim € 2.000.000,-. Het bestuur heeft echter eerder vastgesteld dat het weerstandsvermogen niet tot dat bedrag hoeft te worden aangevuld, omdat voor afdekking van de aanvullende risico's de gemeenten, als 'eigenaar' van de Gemeenschappelijke Regeling GGD Brabant Zuidoost, toch al garant staan. Het algemeen bestuur heeft in 2011 bij vaststelling van de notitie 'Weerstandsvermogen, Onvoorzien en Reserves & Voorzieningen' vastgesteld dat de Algemene Reserve van de GGD minimaal 5% en maximaal 10% van de gemeentelijke bijdrage per inwoner zou moeten bedragen. Bij de bespreking van de basistaken-notitie in het najaar van 2014 heeft het algemeen bestuur dit, gegeven de financiële context bij gemeenten, aangescherpt tot de bepaling dat 5% voor dit moment ook als (na te streven) maximum dient te gelden. Zodra dat niveau (o.b.v. de begroting 2016 ca. € 600.000,-) bereikt is kan, op basis van het dan geldende risicoprofiel, besloten worden tot afoming van de gemeentelijke bijdrage.

Een laag weerstandsvermogen betekent wel dat financiële tegenvallers van enige omvang, zoals bijv. de afwaardering van het pand Callenburgh, niet uit de algemene reserve kan worden opgevangen.

De omvang van de algemene reserve is, zeker gezien de exploitatie-omvang, zeer beperkt; als het positief resultaat 2014 wordt toegevoegd aan de algemene reserve dan bedraagt deze per begin 2015 ca. € 450.000. Mochten er zich de komende jaren voor een hoger bedrag tekorten voordoen, terwijl de weerstandcapaciteit/algemene reserve niet is aangevuld, dan dragen de gemeenten daarvan het financiële risico.

De begrotingspost 'Onvoorzien', bij de vaststelling van de Programmabegroting 2015 omgevormd tot 'risico's personele kosten', bedroeg eerder 0,5% van de totale kosten. Gezien de geringe omvang van deze post en het feit dat er geen sprake meer is van nacalculatie op de gemeentelijke bijdrage per inwoner, is besloten om vanaf 2012 gedurende vier jaar jaarlijks deze post met 25% te verhogen tot het niveau van 1% van de omzet. Deze post wordt hoofdzakelijk ingezet voor noodzakelijke ziektevervangings, waarvoor de GGD als eigen-risico-drager ook geen buffer heeft, en eventuele egalisatie van het verschil in indexering.

Voor het Programma Ambulancezorg wordt een afzonderlijke reserve aangehouden, de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK), die bedoeld is om schommelingen in de jaarlijkse exploitaties van ambulancezorg op te kunnen vangen.



Brabant-Zuidoost

Voorheen was deze door NZa-regelgeving voorgeschreven, maar inmiddels is die formele status vervallen. Gezien de financieringsstructuur (ambulancetzorg wordt volledig gefinancierd met middelen van zorgverzekeraars en VWS) en het hogere exploitatierisico-gehalte, wordt deze reserve separaat gehandhaafd.

Na vaststelling van de jaarrekening 2014 bedraagt de omvang van deze reserve ca. € 1.190.000,-. Dit saldo is voor een belangrijk deel ontstaan vanuit de afwikkeling in 2012 van de saneringsuitkering i.v.m. de vergunningsoverdracht in 2006. De liquidatiebegroting die daartoe is opgesteld is gebaseerd op de RJZ-verslaggevingsregels terwijl voor de GGD de BBV-regels van toepassing zijn.

Bij die laatste mag b.v. geen reservering voor te betalen vakantiegeld en restant verlofdagen opgenomen worden (totaal ca. € 550.000), terwijl dat bij de RJZ wel het geval is. Bij een eventuele overdracht van de vergunning voor Ambulancetzorg in de toekomst zal dit bedrag ook daarvoor aangewend moeten worden.

Om risico's te beheersen wordt door de GGD BZO actief risicomanagement ontwikkeld. Elk trimester staat het management in de marap-gesprekken nadrukkelijk stil bij de ontwikkeling en ontstaan van relevante risico's, en welke maatregelen genomen moeten worden om deze risico's te beperken. Daarnaast is het risicomanagement een belangrijk element in het nieuwe HKZ-certificeringsschema.

Als belangrijkste toegenomen risico's worden nu geïdentificeerd:

- Het risico dat a.g.v. (belasting)wet- en regelgeving de kosten meer dan gemiddeld stijgen en/of tot een naheffing leiden. Hierbij te denken aan zaken zoals de op handen zijnde invoering van de Vennootschapsbelasting voor overheidsinstellingen en de belastingheffing op parkeerverziening. Maar ook op naheffingen vanwege achteraf vast te stellen premiepercentages en vanwege eventuele foutieve toepassing wet- en regelgeving die achteraf wordt vastgesteld. Toegenomen regeldruk (denk bv ook aan de wet markt en overheid) maken dit risico pregnanter.
- De toename van het aantal niet formele samenwerkingsverbanden kan, hoewel niet specifiek te duiden, leiden tot onvoorziene kosten.
- Verder blijft het risico van afname van taken en daaraan verbonden vergoeding natuurlijk actueel, waarbij met name de discussie omtrent positionering van JGZ 0-18 van majeure betekenis is. Maar dat laatste zou ook van omgekeerde betekenis kunnen zijn, als 0-4 naar de GGD zou komen.



Brabant-Zuidoost

7.10 Boventalligen / Fricatiekosten

In de afgelopen periode zijn frictiekosten ontstaan als gevolg van diverse beslissingen:

- De beslissing van het AB om logopedie (was voorheen een taak binnen JGZ) te beëindigen.
- De beslissing van de gemeente Helmond om Sociaal Medische Advisering (SMA, d.w.z. keuringen van individuele aanvragen van burger bij gemeenten en woningcorporaties voor bepaalde voorzieningen) als contracttaak te beëindigen en de daarop volgende beslissing van het GGD bestuur om die contracttaak af te bouwen.
- De beslissing van de gemeente Eindhoven om bepaalde BCF-contracttaken te stoppen.
- De reorganisatie van de overhead heeft geleid tot beperkte frictiekosten, waarvoor in 2014 een voorziening is gevormd. Deze kosten zijn verwerkt in het bezuinigingsplan.

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

De frictiekosten zijn de afgelopen jaren reeds sterk afgebouwd en zullen ook de komende jaren verder afnemen. Fricatiekosten m.b.t. logopedie, SMA en overhead zijn per 2014 beëindigd c.q. middels voorziening afgedekt. Fricatiekosten i.v.m. BCF-Eindhoven lopen weliswaar ook terug, maar kunnen nog wel enkele jaren doorlopen; de gemeente Eindhoven vergoedt deze kosten.

Bijlage 1

Pijler/taak	Wettelijke taak?	Verplicht bij GGD beleggen?	Gemeenschappelijke taak?	Wettelijke basis
Monitoren, signaleren en adviseren				
- <i>Procesbegeleiding bij en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid.</i>	N	N	J	-
- <i>Monitors</i>	J	J	J	Wet PG
- <i>Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning</i>	J	J	J	Wet PG
- <i>Maatwerkonderzoek</i>	N	N	J	-
- <i>Preventieprogramma's</i>	J	J	J	Wet PG
Uitvoerende taken gezondheidsbescherming				
- <i>Algemene infectieziekten bestrijding</i>	J	J	J	Wet PG
- <i>TBC-bestrijding</i>	J	J	J	Wet PG
- <i>SOA bestrijding</i>	J	J	J	Wet PG
- <i>Medisch-milieukundige zorg</i>	J	J	J	Wet PG
- <i>Technische Hygiënezorg</i>	J	J	J	Wet PG
- <i>Reizigerszorg</i>	N	N	N	
- <i>Rijksvaccinatieprogramma (4-18 jarigen)</i>	J	N	N	Wet PG
Publieke gezondheid bij rampen en crises				
- <i>GGD Crisisteam en crisisplan .</i>	J	J	J	Wet PG/Wet Toelating
- <i>Het leveren van sleutelfunctionarissen voor GHOR-functies</i>	J	N	J	zorginstellingen Wet Veiligheidsregio's
- <i>Psychosociale hulpverlening bij ingrijpende gebeurtenissen</i>	J	J	J	Wet PG



Toezicht houden				
- <i>Toezicht op Kinderopvang & peuterspeelzalen</i>	J	J	N	Wet kinderopvang
- <i>Toezicht op tattoo- & piercingshops</i>	J	N	N	Voeding- en Warenwet
- <i>Toezicht WMO</i>	J	N	N	WMO
Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar	J	N	J	Wet PG
Ambulancezorg	J	N	N	Tijdelijke Wet Ambulancezorg
Aanvullende taken publieke gezondheid				
- <i>Lijkschouwingen</i>	J	N	J	Wet Lijkbezorging
- <i>Afgeven van euthanasieverklaringen</i>	J	N	J	Euthanasiewet
- <i>Forensische diensten</i>	N	N	N	-
- <i>Publieke Gezondheid asielzoekers</i>	N	N	N	-
- <i>Overige contracttaken (JGZ, GB, AGZ)</i>	N	N	N	-



Bijlage 2

Ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijke takenpakket 2015-2019, obv benoemde uitgangspunten in kadernota 2016																				
Gemeente	#inwoners	#inwoners	#inwoners	#inwoners	#inwoners	2015			2016			2017			2018			2019		
	1-1-2014	1-1-2015	1-1-2016	1-1-2017	1-1-2018	€ 15,10	€ 15,06	pcm	totaal	€ 15,03	pcm	totaal	€ 15,20	pcm	totaal	€ 15,36	pcm	totaal		
Asten	16.447	16.556	16.622	16.689	16.755	248.281	249.412	13.005	262.417	249.852	13.200	263.052	253.592	13.398	266.990	257.443	13.599	271.041		
Bergeijk	18.248	18.214	18.287	18.360	18.433	275.469	274.389	14.156	288.545	274.873	14.368	289.242	278.988	14.584	293.572	283.224	14.803	298.027		
Best	28.605	28.737	28.852	28.967	29.083	431.816	432.916	24.970	457.886	433.680	25.345	459.024	440.172	25.725	465.897	446.855	26.111	472.966		
Bladel	19.820	19.870	19.949	20.029	20.109	299.199	299.337	15.435	314.771	299.865	15.666	315.531	304.354	15.901	320.255	308.975	16.140	325.114		
Cranendonck	20.373	20.527	20.609	20.692	20.774	307.547	309.234	15.337	324.571	309.780	15.567	325.346	314.417	15.800	330.217	319.191	16.037	335.228		
Deurne	31.666	31.772	31.899	32.027	32.155	478.024	478.637	25.342	503.979	479.482	25.722	505.204	486.660	26.108	512.768	494.049	26.500	520.548		
Eersel	18.193	18.346	18.419	18.493	18.567	274.638	276.378	13.586	289.964	276.866	13.790	290.655	281.010	13.997	295.007	285.277	14.207	299.483		
Eindhoven	220.918	223.214	224.107	225.003	225.903	3.334.938	3.362.664	191.190	3.553.854	3.368.596	194.058	3.562.654	3.419.024	196.969	3.615.993	3.470.936	199.923	3.670.859		
Geldrop-Mierlo	38.852	38.876	39.032	39.188	39.344	586.503	585.657	32.210	617.867	586.691	32.693	619.384	595.473	33.183	628.657	604.514	33.681	638.196		
Gemert-Bakel	29.311	29.522	29.640	29.759	29.878	442.474	444.742	23.255	467.996	445.526	23.604	469.130	452.196	23.958	476.153	459.062	24.317	483.378		
Heeze-Leende	15.355	15.471	15.533	15.595	15.657	231.796	233.067	11.593	244.660	233.478	11.767	245.245	236.973	11.943	248.916	240.571	12.122	252.693		
Helmond	89.258	89.710	90.069	90.429	90.791	1.347.423	1.351.459	86.146	1.437.605	1.353.843	87.438	1.441.281	1.374.110	88.750	1.462.860	1.394.974	90.081	1.485.054		
Laarbeek	21.805	21.909	21.997	22.085	22.173	329.164	330.054	17.201	347.254	330.636	17.459	348.095	335.586	17.721	353.306	340.681	17.986	358.667		
Nuenen, Gerwen e	22.598	22.617	22.707	22.798	22.889	341.135	340.719	17.035	357.755	341.321	17.291	358.612	346.430	17.550	363.981	351.690	17.814	369.504		
Oirschot	17.973	18.086	18.158	18.231	18.304	271.317	272.461	14.051	286.512	272.942	14.261	287.203	277.028	14.475	291.503	281.234	14.693	295.926		
Reusel-De Mierden	12.718	12.775	12.826	12.877	12.929	191.989	192.452	9.435	201.888	192.792	9.577	202.369	195.678	9.721	205.398	198.649	9.866	208.515		
Someren	18.686	18.683	18.758	18.833	18.908	282.081	281.455	13.926	295.381	281.951	14.135	296.086	286.172	14.347	300.519	290.517	14.562	305.079		
Son en Breugel	16.218	16.337	16.402	16.468	16.534	244.824	246.113	13.450	259.563	246.547	13.651	260.198	250.238	13.856	264.094	254.037	14.064	268.101		
Valkenswaard	30.326	30.227	30.348	30.469	30.591	457.796	455.362	22.895	478.258	456.166	23.239	479.404	462.994	23.587	486.582	470.024	23.941	493.965		
Veldhoven	44.137	44.163	44.340	44.517	44.695	666.284	665.305	34.183	699.488	666.478	34.696	701.175	676.456	35.217	711.672	686.726	35.745	722.471		
Waalre	16.757	16.873	16.940	17.008	17.076	252.961	254.188	13.737	267.924	254.636	13.943	268.579	258.448	14.152	272.600	262.372	14.364	276.736		
	748.264	752.485	755.495	758.517	761.551	11.295.659	11.336.000	622.136	11.958.136	11.356.000	631.468	11.987.468	11.526.000	640.940	12.166.940	11.701.000	650.554	12.351.554		



Bijlage 3

Overzicht verloop structurele overige bijdragen gemeenten.								incl index											
(blauw gearceerd is de specificatie van 2016)																			
Gemeente	Bijdrage soc. plan reorgan. fusie '96	Bijdrage onderzoekslocaties JGZ 1)	Harmonisatie bijdrage fusie fusie '08	Bijdrage huisvesting fusie '08	Bijdrage ambulance zorg fusie '08	Bijdrage personele frictie fusie '08	Bijdrage uitloop schalen fusie '08	Totaal 2008	Totaal 2009	Totaal 2010	Totaal 2011	Totaal 2012	Totaal 2013	Totaal 2014	Totaal 2015	Totaal 2016	Totaal 2017	Totaal 2018	Totaal 2019
	1)	1)			1)	1)	1)												
Asten	1.341	3.000						6.471	6.530	7.009	5.745	6.161	5.064	4.558	4.872	4.341	4.370	4.401	4.433
Bergeijk	1.488							4.386	4.278	5.270	3.697	3.618	3.002	1.727	1.523	1.488	1.453	1.419	1.386
Best	2.332							7.036	6.879	8.458	5.919	5.772	4.753	2.719	2.387	2.332	2.278	2.225	2.173
Bladel	1.616							4.621	4.524	5.575	3.921	3.875	3.243	1.863	1.654	1.616	1.578	1.542	1.506
Cranendonck	1.661							4.917	4.795	5.909	4.163	4.085	3.383	1.933	1.700	1.661	1.623	1.585	1.548
Deurne	2.582	13.000						16.224	16.195	17.739	15.616	15.193	15.015	13.014	15.642	15.582	15.782	15.988	16.201
Eersel	1.483							4.372	4.280	5.270	3.718	3.635	3.010	1.729	1.518	1.483	1.449	1.415	1.382
Eindhoven		46.500			52.000		120.000	1.013.500	908.020	740.584	584.839	500.484	460.024	421.500	288.500	218.500	212.430	211.879	194.347
Geldrop-Mierlo	3.168	13.500						19.175	19.824	21.687	19.437	19.335	18.044	12.682	15.742	16.668	16.864	17.067	17.278
Gemert-Bakel	2.390	10.500						14.762	16.276	18.895	18.324	15.709	14.836	9.762	11.946	12.890	13.044	13.204	13.370
Heeze-Leende	1.252							3.675	-43	4.424	3.121	3.062	2.543	1.463	1.281	1.252	1.223	1.194	1.167
Helmond	7.278	23.500						114.870	124.189	133.630	70.127	40.242	37.211	31.454	30.448	30.778	31.078	31.392	31.719
Laarbeek	1.778							5.272	5.155	6.329	4.420	4.306	3.579	2.067	1.819	1.778	1.737	1.696	1.657
Nuenen, Gerwen en	1.843							5.504	5.347	6.540	4.555	4.454	3.734	2.148	1.886	1.843	1.800	1.758	1.717
Oirschot	1.466							4.329	4.225	5.184	3.634	3.571	2.958	1.702	1.500	1.466	1.431	1.398	1.365
Reusel-De Mierden	1.037							2.999	2.922	3.620	2.567	2.524	2.095	1.203	1.061	1.037	1.013	989	966
Someren	1.524							4.400	4.303	6.741	5.965	5.068	4.597	1.768	1.559	1.524	1.488	1.453	1.420
Son en Breugel	1.322							3.711	3.658	4.521	3.177	3.135	2.621	1.531	1.353	1.322	1.292	1.262	1.232
Valkenswaard	2.473	16.000						22.496	23.031	24.369	21.791	20.787	20.674	17.903	18.030	18.473	18.735	19.005	19.283
Veldhoven	3.599							10.497	10.183	12.530	8.839	8.735	7.269	4.186	3.683	3.599	3.515	3.433	3.353
Waalre	1.366							4.008	3.956	4.818	3.388	3.306	2.732	1.587	1.398	1.366	1.335	1.303	1.273
TOTAAL 2008	126.000	66.000	356.500	151.000	263.000	72.000	243.000	1.277.500											
TOTAAL 2009	123.000	68.500	265.000	153.000	263.000	77.000	229.000		1.178.500										
TOTAAL 2010	151.500	71.500	159.000	155.000	263.000	85.500	163.500			1.049.000									
TOTAAL 2011	106.500	76.000	0	150.000	136.000	169.500	159.000				797.000								
TOTAAL 2012	105.000	72.000	0	64.000	140.000	141.000	155.000					677.000							
TOTAAL 2013	87.000	117.000	0	0	122.000	145.000	149.000						620.000						
TOTAAL 2014	44.500	119.000	0	0	93.500	143.000	138.500							538.500					
TOTAAL 2015	44.000	123.000	0	0	77.500	35.000	130.000								409.500				
TOTAAL 2016	43.000	126.000	0	0	52.000	0	120.000									341.000			
TOTAAL 2017	42.000	128.000	0	0	51.000	0	114.000										335.000		
TOTAAL 2018	41.000	130.000	0	0	48.000	0	116.000											335.000	
TOTAAL 2019	40.000	132.000	0	0	46.000	0	100.000												318.000

1) Deze bijdragen worden achteraf afgerekend obv de werkelijke kosten