

KADERNOTA 2017



Oktober 2015

Inhoudsopgave

1. Samenvatting	3
2. Inleiding	4
3. De opdracht van de GGD	5
4. Relevante ontwikkelingen voor de GGD	7
5. De pijlers van de GGD	13
5.1 Monitoren, signaleren en adviseren	14
5.2 Uitvoerende taken gezondheidsbescherming	16
5.3 Publieke Gezondheid bij incidenten, rampen en crises	18
5.4 Toezicht houden	19
5.5 Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar	19
5.6 Ambulancezorg	21
5.7 Aanvullende taken op het terrein van de Publieke Gezondheid	22
6. Bedrijfsondersteuning	23
6.1 Personeel en organisatie	23
6.3 Automatisering en informatisering	24
6.4 Kwaliteitszorg	25
7. Financieel meerjarenperspectief	25
7.1 Inleiding	25
7.2 Bezuinigingen	26
7.3 Weerstandvermogen en financiële risico's	27
7.4 Programma Ambulancezorg	29
Gemeentelijke bijdrage per inwoner voor het gezamenlijke takenpakket	30
Contracttaken gemeenten	31
Overige bijdragen gemeenten	32
Contracttaken derden	32
Algemene kostenontwikkeling	32
Boventalligen	33
Bijlage 1 Overzicht van pijlers en taken GGD	34
Bijlage 2 Financiering per pijler	36
Bijlage 3 Ontwikkeling gemeentelijke bijdragen	37

1. Samenvatting

Het Algemeen Bestuur van de GGD biedt deze kadernota aan gemeenten aan als opmaat naar de begroting 2017. De ontwerpbegroting 2017 van de GGD krijgen gemeenten in april 2016 aangeboden.

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 GGD Brabant Zuidoost staat voor gezondheid. We zijn er altijd en voor iedereen. We beschermen, bewaken en bevorderen de gezondheid in onze regio en zijn daarbij de (sub)regionale en lokale verbinder in preventie. We staan altijd klaar bij grote en kleine crisissen.

Bij de uitvoering van onze taken stellen we het eigen kunnen en de eigen keuzes van burgers centraal. We willen vanuit een brede sociaal medische deskundigheid een betrouwbare vraagbaak zijn en onafhankelijk advies op maat leveren. We willen gemakkelijk en direct bereikbaar en benaderbaar zijn.

We zien gezondheid als het vermogen van mensen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Machteld Huber, 2013). Gezondheid is een belangrijke waarde op zich, maar wij zien gezondheid ook als voorwaarde voor actieve deelname van burgers aan de samenleving en een voorwaarde voor zelfredzaamheid.

Samenwerken is voor ons een belangrijk middel voor het behalen van gezondheidsdoelstellingen. We willen onze kennis van publieke gezondheid actief verbinden aan partijen in het sociale domein en de domeinen veiligheid en openbaar bestuur.

De GGD anticipeert op de toekomst en beweegt mee met externe ontwikkelingen, nieuwe inzichten en nieuwe behoeften en wensen vanuit de samenleving en onze gemeenten. Voor de relevante algemene ontwikkelingen verwijzen we naar hoofdstuk 4.

Het Algemeen Bestuur heeft in 2015 de volgende pijlers van de GGD in het licht van de toekomstige uitdagingen vastgesteld:

-  Monitoren, signaleren en adviseren
-  Uitvoerende taken gezondheidsbescherming
-  Publieke gezondheid bij rampen en crises
-  Toezicht houden
-  Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar
-  Ambulancezorg
-  Aanvullende taken publieke gezondheid

De taken en specifieke ontwikkelingen binnen deze pijlers zijn in deze kadernota nader beschreven (hoofdstuk 5). De taken worden jaarlijks in een productenboek geconcretiseerd en geactualiseerd.

De (financiële) weerstandscapaciteit van de GGD is beperkt, met name voor het Programma Publieke Gezondheid. Dit is een bewuste keuze van het bestuur c.q. de gemeenten. Ultimo 2015 bedraagt de algemene reserve van het programma Publieke Gezondheid naar verwachting ca. € 600.000 en van het programma Ambulancezorg ca. € 1.200.000.

De GGD heeft sinds de fusie van GGD Eindhoven en GGD Zuidoost-Brabant, in 2008, fors bezuinigd. Ook voor 2017 is nog een kostenbesparing op de gemeentelijke bijdrage voorzien, als onderdeel van het in 2013 ingezette reorganisatieplan. Deze kostenbesparing wordt voornamelijk gerealiseerd via een bezuiniging op de personele overhead (management en ondersteunend personeel) en besparing op huisvestingskosten.

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

	Totaalbedrag:	Bedrag per inwoner (excl. Pubercontactmoment):
2017	€ 11.985.000	€ 15,03
2018	€ 12.165.000	€ 15,19
2019	€ 12.348.000	€ 15,36
2020	€ 12.533.000	€ 15,53

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.

Het Algemeen Bestuur heeft in 2015 de volgende pijlers van de GGD vastgesteld.

-  Monitoren, signaleren en adviseren
-  Uitvoerende taken gezondheidsbescherming
-  Publieke gezondheid bij rampen en crises
-  Toezicht houden
-  Jeugdgezondheidszorg 4–18 jaar
-  Ambulancezorg
-  Aanvullende taken publieke gezondheid

Deze zeven pijlers vormen samen met het financiële meerjarenperspectief de inhoudelijke kern van deze kadernota. We laten daarbij zien met welke relevante ontwikkelingen de GGD te maken heeft en hoe daarop wordt ingespeeld.

3. De opdracht van de GGD

De GGD Brabant-Zuidoost is een regionaal samenwerkingsverband van de 21 gemeenten in Zuidoost Brabant. De GGD heeft tot doel een bijdrage te leveren aan de publieke gezondheidszorg en de ambulancezorg (artikel 3 van de gemeenschappelijke regeling).

De GGD is belast met (artikel 4 nieuwe tekst gemeenschappelijke regeling):

- a. Het ontwikkelen en instandhouden van een dienst voor de uitvoering van de publieke gezondheidszorg en de ambulancezorg.
- b. Uitvoering van taken welke bij of krachtens de wet Publieke Gezondheid zijn opgedragen aan de colleges en op grond van die wet bij de GGD dienen te worden belegd.
In het bijzonder is de GGD belast met:
 - Het adviseren van gemeenten over hun beleid op het gebied van gezondheidspreventie, gezondheidsbevordering en –bescherming, waaronder het signaleren en monitoren van gezondheidsrisico's in de fysieke en sociale omgeving en advisering over bestuurlijke beslissingen op andere beleidsterreinen;
 - Gezondheidsbescherming door middel van Algemene infectieziekten bestrijding, TBC-bestrijding, SOA- preventie, SOA-curatie en Seksualiteitshulpverlening, Medisch-milieukundige zorg en Technische Hygiënezorg;
 - Het bewaken van de publieke gezondheid bij rampen en crisis (crisisteam en crisisplan, psychosociale hulpverlening bij ingrijpende gebeurtenissen);
 - Het bieden van gezondheidszorg aan personen boven de 65 jaar.
- c. Uitvoering van taken welke bij of krachtens enig ander wettelijk voorschrift zijn opgedragen aan de GGD. In het bijzonder betreft dit het houden van toezicht op kinderopvang & peuterspeelzalen;
- d. Uitvoering van wettelijk voorgeschreven taken die de colleges opdragen aan de GGD. Dit betreffen:
 - Het bieden van gezondheidszorg aan jongeren van 4-18 jaar;
 - Het uitvoeren van een rijksvaccinatieprogramma;
 - Het uitvoeren van de ambulancezorg;
 - Het leveren van sleutelfunctionarissen voor GHOR-functies bij rampen en crisis;
 - Het verrichten van lijkschouwingen;
 - Het afgeven van euthanasieverklaringen;
 - Het toezicht houden op tattoo- & piercingsshops.

Het Dagelijks Bestuur van het openbaar lichaam kan daarnaast op verzoek van één of meer gemeenten en van niet aan de regeling deelnemende gemeenten dan wel van derden opdrachten aannemen voor de uitvoering of ondersteuning van taken mits die passen binnen de doelstelling van de GGD en dat gebeurt op een budgettair neutrale wijze voor de andere deelnemende gemeenten.

Bovenstaande opdracht van de GGD komt overeen met de wettelijke opdracht die gemeenten hebben (Wet Publieke Gezondheid), met uitzondering van:

- Het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders
- De uitvoering van jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen

Deze taken zijn belegd bij Zuidzorg en Zorgboog.

Bijlage 2 geeft een overzicht van GGD taken per pijler.

We streven ernaar dat de medewerkers en bestuurders van de GGD de toegevoegde waarde van de GGD-diensten kernachtig, eigentijds, duidelijk, enthousiast en afgestemd op de betrokken klant kunnen overbrengen en fungeren als ambassadeur van onze organisatie. Hierbij ligt de focus op de verbindende rol van de GGD.

Het gaat om de volgende kernboodschappen:

1. De GGD Brabant Zuidoost staat voor gezondheid.
2. We zijn er voor iedereen.
3. We beschermen, bewaken en bevorderen de gezondheid in onze regio.
4. De GGD is een lokale en regionale verbinder van preventie.
5. We staan altijd klaar bij grote en kleine crisissen.

Bij de uitvoering van onze taken stellen we het eigen kunnen en de eigen keuzes van burgers centraal. We willen vanuit een brede sociaal medische deskundigheid een betrouwbare vraagbaak zijn en onafhankelijk advies op maat leveren. We willen gemakkelijk en direct bereikbaar en benaderbaar zijn. Bij grote en kleine crisissen zijn we 24/7 bereikbaar en beschikbaar. We zien gezondheid als het vermogen van mensen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Machteld Huber, 2013). Gezondheid is een belangrijke waarde op zich, maar wij zien gezondheid ook als voorwaarde voor actieve deelname van burgers aan de samenleving en een voorwaarde voor zelfredzaamheid.

Samenwerken is voor ons een belangrijk middel voor het behalen van gezondheidsdoelstellingen. We willen kennis en partijen actief verbinden in de domeinen publieke gezondheid, veiligheid en openbaar bestuur.

Het feit dat de GGD regionaal georganiseerd is in een gemeenschappelijke regeling brengt een aantal uitdagingen met zich mee. Het vraagt van bestuurders van de gemeenten:

- solidariteit, samen risico's delen en beleidskeuzes maken;
- een goede balans tussen eigen gemeentebelang, het regionaal belang en een gezamenlijk GGD-belang;
- je weten te gedragen als opdrachtgever/klant maar ook als eindverantwoordelijke voor het bedrijf GGD.

De regionale positie van de GGD vraagt ook iets van de GGD. Zo zal de GGD haar taken zo lokaal mogelijk moeten uitvoeren. Het vraagt ook dat de GGD anticipeert op de toekomst en meebeweegt mee ontwikkelingen, nieuwe inzichten en nieuwe behoeften en wensen vanuit de samenleving en onze gemeenten. Verbetering/innovatie dient permanent geborgd te zijn in de cultuur en werkwijze van de GGD.

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. Daarnaast wil de GGD blijven voldoen aan de (landelijke) HKZ-kwaliteitsnorm. De GGD wordt hierop jaarlijkse ge-audit door een externe organisatie.

4. Relevante ontwikkelingen voor de GGD

Maatschappelijke ontwikkelingen

Burgers aan zet

De samenleving wordt steeds meer ingericht met het uitgangspunt dat de burger in staat wordt gesteld zo lang en veel mogelijk voor zichzelf en zijn directe naasten te kunnen zorgen op alle levensgebieden. Waarbij ook gerekend wordt op een actief burgerschap.

Belangrijk uitgangspunt is dat gezondheid iets van mensen zelf is.

De overheid c.q. de gemeenten stimuleert en faciliteert de burgers hierbij en neemt alleen deze opdracht van burgers (deels) over in kwetsbare situaties.

Gezondheid in een breed perspectief

Gemeenten zijn bezig met een heroriëntatie op gezondheid, zorg en (welzijn)ondersteuning. De drie decentralisaties maken het mogelijk om op lokaal niveau dwarsverbanden te leggen. Ook het domein van de publieke gezondheid speelt hierin een rol.

Gezondheid is niet alleen een waarde op zich, maar wordt in toenemende mate gezien in functie van maatschappelijke participatie. 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.

Ontwikkelingen in het sociale domein

Door de samenvoeging van diverse beleidsterreinen wordt er meer gewerkt vanuit een gezamenlijk kader, en ontstaat het nieuwe beleidsterrein het sociale domein.

De gemeenten staan binnen dat nieuwe domein voor de opgave met minder geld meer maatwerk te leveren, betere preventie te organiseren waarmee escalatie naar duurdere zorg voorkomen kan worden. Minder werken vanuit zorgen voor en meer vanuit zorgen dat. Integraal, effectief en efficiënt werken blijft ook maatgevend.

Ontwikkelingen in het Rijksbeleid

Stimuleringsprogramma preventie

Het Rijk/VWS heeft de uitvoering van de publieke gezondheid grotendeels gedecentraliseerd naar de gemeenten. Het Rijk is op zoek naar algemene borging van een aantal doelstellingen die zij in 2020 gerealiseerd willen zien. Zoals RIVM het Rijksuitvoeringsorgaan is op landelijk niveau, zo wordt GGD door het Rijk gezien als uitvoeringsorgaan op regionaal niveau.

De GGD Brabant-Zuidoost is betrokken bij het landelijk VWS-stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid. Dit programma is bedoeld om:

- a. De relatie opdrachtgever-opdrachtnemer tussen gemeenten en GGD'en en tussen Rijk en gemeenten/partners te versterken.
- b. De pijlers van de GGD te versterken.
- c. De positionering van publieke gezondheid in het sociaal domein te verstevigen.

Er wordt van gemeenten verwacht dat zij de GGD'en in staat stellen de volgende resultaten te behalen (ontleend aan vergezichten PG 2020, versie 18 juni 2015):

1. Bestuurders hebben goede indicatoren voor de staat van de publieke gezondheidszorg in hun gemeente en regio.
2. Bestuurders weten op welke domeinen van publieke gezondheidszorg en in welk deel van hun gemeente verbeteringen zijn te realiseren en zij zijn in staat om hier inhoudelijk richting aan te geven.
3. Bestuurders zijn in staat de lokale gezondheidsdoelen te integreren in andere beleidsdomeinen en geven ketenpartners en GGD daar waar nodig een rol in.
4. Bestuurders weten zich gesteund in het bestrijden van infectieziekten, ongevallen, rampen en crisis door professionals die lokale en regiokennis meebrengen én deskundig zijn (op afroep / onmiddellijk).
5. Bestuurders raadplegen hun GGD bij beleidsbeslissingen die gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid van de burgers.
6. Bestuurders weten welke taken zij minimaal van hun GGD kunnen verwachten, en kunnen rekenen op gedragen professionele uitvoeringsnormen, heldere kwaliteitseisen en goede interdisciplinaire afspraken.

[Het preventieprogramma van het Rijk](#)

Er zijn weinig veranderingen in de landelijke prioriteiten benoemd. Gezonde leefstijl en een gezonde leefomgeving blijven belangrijke speerpunten. Er is zelfs steeds meer aantoonbare samenhang tussen bv gezonde leefstijl en veelvoorkomende problemen als dementie, suikerziekten op jonge leeftijd ed. Hierbij zou preventie ondersteunend moeten zijn aan het voorkomen van deze veelvoorkomende ziekten. Het is een uitdaging dat gemeenten, zorgverzekeraars en GGD gezamenlijk collectieve preventieve maatregelen op de agenda krijgen.

Naar verwachting wordt de uitvoering van het Rijksvaccinatie Programma (RVP) per 1.1.2018 gedecentraliseerd naar gemeenten. Gemeenten zijn hierbij gebonden aan strakke kwaliteitseisen en hebben weinig beleidsruimte. De wet verplicht gemeenten om de vaccinatiegraad hoog te houden.

[Rijksbeleid m.b.t. jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg](#)

De decentralisatie van de jeugdzorg is een belangrijk onderdeel binnen het sociaal domein, waarin preventie, het versterken van de eigen kracht (van jeugdigen, ouders en omgeving) en transformatie sleutelwoorden vormen. In 2015 ligt de focus in gemeenten bij de 'individuele' aanpak van problemen en de continuering van zorg. Voor het scheppen van een stimulerende, positieve omgeving moet nog meer ruimte gemaakt worden.

Met het oog op de aansluiting van Jeugdgezondheidszorg (JGZ, geborgd in de Wet Publieke Gezondheid) op de Jeugdwet is het basispakket van JGZ geactualiseerd. Jeugdgezondheidszorg blijft 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.

Tot de JGZ behoort vroegtijdig signaleren en het geven van individuele voorlichting, advies, instructie en begeleiding om de eigen kracht van jeugdigen en ouders te versterken en te normaliseren. In het basispakket is er meer ruimte voor differentiatie en maatwerk, waarin de JGZ-medewerker in overleg met ouders/jongere bespreekt wat wenselijk is en hoe dit persoonlijk contact vorm krijgt (face-to-face, telefonisch, e-consult, groepsconsult en/of observatie). Kortom preventie op persoonlijke maat. Verder zijn 'ziekteverzuim' en 'beleidsadvisering' als taak toegevoegd en is opgenomen dat JGZ aan jongeren vanaf 14 jaar een aanbod doet.

In het rapport 'beleidsdoorlichting ziektepreventie' (2015) dat door Pantei i.o.v. VWS is opgesteld wordt geconcludeerd dat:

- JGZ een zeer groot bereik heeft.
- Belangrijke JGZ-activiteiten tot gezondheidswinst leiden, maar dat de kosteneffectiviteit niet van alle onderdelen aantoonbaar is. Een vergelijkend onderzoek met een controlegroep is niet mogelijk en de effecten van leefstijlinterventies zijn van veel factoren afhankelijk.
- En 1 op de 5 kinderen door JGZ wordt doorverwezen.

In de brief van de minister als reactie op dit rapport staat dat gezondheidswinst bij JGZ voorop staat. Kosteneffectiviteit van onderdelen van belang zijn, maar niet doorslaggevend. Zij vindt het belangrijker dat alle activiteiten in samenhang worden aangeboden tijdens contactmomenten.

De taakverdeling tussen JGZ in de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en de aansluiting op de Jeugdwet is verder verhelderd. Na signaleren van een (risico)situatie of probleem door de JGZ vindt ondersteuning plaats vanuit de preventieve activiteiten op grond van de Jeugdwet. Een gemeente kan ervoor kiezen om JGZ preventieve activiteiten in het kader van de Jeugdwet uit te laten voeren, maar is niet langer verplicht om bij JGZ maatwerk af te nemen. De jeugdarts kan rechtstreeks verwijzen naar jeugdhulp, evenals naar tweedelijns gezondheidszorg.

Structuurverandering die de transitie met zich meebrengt is een natuurlijk moment om keuzes te maken voor de wijze van organiseren van JGZ 0-18 jaar. Daarnaast moeten gemeenten bezuinigen, wat een effectieve en tevens efficiënte organisatievorm noodzakelijk maakt. In steeds meer regio's is (en wordt) besloten om JGZ 0-18 jaar in één organisatie onder te brengen.

[Rijksbeleid m.b.t. ambulancezorg en meldkamers](#)

Eind 2017 loopt de huidige vergunning voor de ambulancezorg in onze regio af. Naar verwachting gaat de rijksoverheid een aanbestedingsprocedure starten. Verder heeft het Rijk besloten om de 26 regionale meldkamers in Nederland terug te brengen tot 10 (congruent met de politieregio's) en deze onder te brengen in een landelijke meldkamer organisatie. Naar verwachting worden meldkamers in 2017 overgedragen aan de landelijke meldkamer organisatie. De meldkamers van Z.O. Brabant en Brabant-Noord gaan samen en de gefuseerde meldkamer wordt gevestigd in 's-Hertogenbosch.

Demografische ontwikkelingen

[Afname Jeugd en toename ouderen](#)

Geboortecijfers dalen en mensen blijven steeds langer leven, waardoor de getalsmatige verhouding tussen jong en oud verandert. Een samenleving met relatief veel oude mensen met chronische klachten/ziekten is de komende jaren een gegeven. Waarbij de uitdaging is om toename op de zorgkosten niet evenredig te laten stijgen, om de voorzieningen nog enigszins op niveau en betaalbaar te houden.

[Toename van minder-zelfredzamen](#)

Het aantal minder zelfredzamen en verwarde mensen in de samenleving wordt duidelijker zichtbaar omdat deze mensen minder in zorginstellingen verblijven en in de wijk wonen. Verwarde mensen zijn niet altijd mensen met psychiatrische problemen. Oorzaken kunnen ook elders liggen zoals dementie of drugsgebruik. Bepaalde groepen bewoners 'trekken zich terug' en wonen bijvoorbeeld permanent op campings.

De instroom van asielzoekers groeit. Asielzoekers die een verblijfsvergunning hebben gekregen proberen een plek in de samenleving te verwerven. Dit zet gemeenten onder druk. De GGD heeft ervaring met asielzoekers die in de AZC's verblijven en kan daarnaast ook een verbindende en preventieve rol spelen m.b.t. de gezondheid van uitgeprocedeerde asielzoekers die in gemeenten verblijven.

Verder heeft onze regio te maken met een grote groep arbeidsmigranten. Deze maatschappelijke ontwikkelingen hebben gevolgen voor alle beleidsdomeinen, ook voor veiligheid en publieke gezondheid.

Minder zelfredzamen zijn een doelgroep van de GGD, de GGD wil wat betreft gezondheid een vangnet zijn voor deze groep. Participatie en normalisatie zijn daarbij voor ons sleutelbegrippen.

Technologische ontwikkelingen

Technologische ontwikkelingen gaan snel en maken steeds meer mogelijk.

Door de digitalisering van informatie en de daarmee gepaard gaande beschikbaarheid en toegankelijkheid van grote hoeveelheden data, wordt de mogelijkheid geboden informatie te verzamelen over de gezondheidssituatie van burgers in onze regio zonder hen lastig te vallen met ellenlange vragenlijsten. Ook biedt de digitalisering meer mogelijkheden voor burgers om de kwaliteit van zorg te beoordelen of mee te denken bij ontwikkelingen (klantenpanels). Keerzijde van de hoeveelheid informatie is dat het voor burgers moeilijk te beoordelen is welke gezondheidsinformatie betrouwbaar is. Verder biedt de techniek de mogelijkheid aan burgers om het eigen persoonsgebonden medisch dossier te beheren. Software wordt steeds slimmer en er komt voorspellende software die databestanden kan koppelen en analyseren (big data analysis) en bijvoorbeeld risicogroepen in de wijk kan identificeren.

Via domotica kunnen mensen steeds langer zelfstandig thuis wonen. De ontwikkeling van domotica-toepassingen is van evident belang. Naast deze technische snufjes is het traject van in gebruik nemen van deze mogelijkheden een onderwerp dat aparte aandacht verdient.

E-health toepassingen maken een enorme groei door. Contact tussen zorgverleners en zorgvragers neemt in toenemende mate online plaats. Het gaat daarbij niet alleen om het maken van een afspraak maar ook om consulten. GezondheidsApps en (serious) games worden ingezet om gezond gedrag bij mensen te stimuleren, (mantel)zorgers te ontlasten en/of metingen op afstand te kunnen doen. Het gebruik van (online) zelftesten en zelfmetingen neemt toe. De mogelijkheden en beperkingen van voornoemde technologische ontwikkelingen en de betekenis ervan voor de GGD zullen de komende jaren duidelijk worden.

Ruimtelijke ontwikkelingen

[Een gezonde leefomgeving](#)

De overheid heeft een rol als mensen zelf of hun omgeving weinig invloed kunnen hebben op de gezondheidsrisico's. Dit heeft onder meer te maken 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.

Een gezonde leefomgeving is in onze regio zeker een onderwerp van belang: zowel op het platteland vanwege zaken als de intensieve veehouderij/akkerbouw, als in de stad waar verkeer en vervoer (luchtkwaliteit, vervoer van gevaarlijke stoffen, geluidsoverlast) aanleiding vormen.

De GGD streeft naar een veilige en gezonde woon- en leefomgeving voor alle burgers door de gezondheid te bevorderen en de gezondheidsrisico's en onnodige onrust door (blootstelling aan) schadelijke milieufactoren te voorkomen en tot een minimum te beperken. Gezondheid wordt vaak nog onvoldoende meegewogen in ruimtelijke beleidsbeslissingen.

Burgers worden steeds mondiger en weten zelf steeds meer over het thema gezondheid en leefomgeving. Ze spreken er gemeenten steeds meer op aan om gezondheid integraal in beleid mee te nemen. Het is een uitdaging om dit op het terrein van intensieve veehouderij en ruimtelijke ordening verder vorm te geven.

De nieuwe Omgevingswet is in ontwikkeling. Dit brengt voor gemeenten grote veranderingen en mogelijkheden waarop we ook vanuit de GGD moeten anticiperen. Gezondheid heeft een plek gekregen in de omgevingswet. De GGD wil bewaken en bevorderen dat gezondheid in een vroeg stadium wordt meegewogen in beleidsbeslissingen en nieuwe ruimtelijke plannen omdat dat de beste garanties biedt voor gezondheidswinst (beter dan achteraf repareren).

Regelmatig worden bewoners blootgesteld aan gevaarlijke stoffen door incidenten of rampen. Voorbeelden: vrijkomen van asbest of roet bij een brand, vrijkomen van gevaarlijke stof bij een verkeersongeval of een technische of menselijke fout bij een industrieel proces. De Geneeskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS) adviseert gemeenten wat te doen (of te laten) bij dergelijke incidenten in de acute, opgeschaalde fase en in de nazorg.

(Overige) dreigingen voor de volksgezondheid

Infectieziekten



Infectieziekten kennen een voortdurende onvoorspelbare dynamiek. We blijven te maken krijgen met nieuwe of opnieuw opkomende infectieziekten zoals MRSA, Q-koorts, EHEC, Ebola, Hepatitis C en SARS. Door de sterke internationalisatie en toegenomen reisgedrag kunnen we ons niet volledig wapenen tegen dreigingen van infectieziekten. Reizigers naar verre landen zijn zich nog vaak onvoldoende bewust van de besmettingsrisico's. Zeker in een regio als Eindhoven waar veel bedrijven zijn gevestigd met een internationaal karakter, de

aanwezigheid van Eindhoven Airport en intensieve veehouderijen, moeten we rekening blijven houden met deze onvoorspelbare dynamiek. Bekende maatregelen zijn niet altijd effectief meer. Antibioticaresistentie en bijzonder resistente micro-organismen (BRMO), zoals MRSA, nemen toe. Vaccins zijn niet altijd meer opgewassen om infectieziekten te voorkomen. Resistentie speelt in toenemende mate ook bij Tuberculosebestrijding.

Er vinden grote verschuivingen plaats in de gezondheidszorg. Patiënten blijven korter in ziekenhuizen en komen vaker terecht in verpleeghuizen of de thuiszorg. Patiëntenstromen verlopen snel en complex waardoor een toenemende interactie van ziekteverwekkers plaatsvindt. Het bevorderen van basale hygiëne thuis, in zorginstellingen en op scholen en kinderdagverblijven wordt belangrijker.

Rampen en incidenten

Regelmatig worden we opgeschrikt door grote rampen (MH17, aanslagen van IS) of 'kleine' ingrijpende gebeurtenissen (een tragisch ongeval, suïcide of zedendelict). Beide hebben een maatschappelijke impact.

Of het nu een klassieke brand betreft of zedenincident, de zorgvraag staat daarin steeds meer centraal. De externe kwaliteitseisen ten aanzien van opgeschaalde zorg stijgen en zijn vastgelegd in het landelijk kwaliteitskader crisisbeheersing.

In 2016 verandert de werkwijze van geneeskundige bijstand bij grote incidenten. Bij veel slachtoffers is de reguliere ambulancezorg niet toereikend. Er komt een uniforme landelijke werkwijze zodat regio's elkaar kunnen bijstaan. Bovendien komen er 38 speciale calamiteitenvoertuigen verdeeld over het land. De ambulancediensten zijn bezig met de voorbereidingen op deze nieuwe werkwijze (oefenen, opleiden, trainen). Verder ontwikkelt het Rode Kruis zgn. Noodhulpteams bestaande uit vrijwilligers die lichte gewonden kunnen verzorgen. Deze teams vervangen de huidige Sigma teams.

De vraag naar psychosociale hulp bij incidenten zoals suïcides, zedenzaken en tragische ongevallen groeit. De GGD coördineert deze hulp en werkt daarbij samen met slachtofferhulp en het maatschappelijk werk (er is een convenant). Qua werkwijze sluiten we aan bij de calamiteiten- en communicatieprotocollen van gemeenten o.a. bij de calamiteitenprotocollen m.b.t. jeugd(zorg).

Al deze ontwikkelingen zijn richtinggevend voor professionals en de werkzaamheden van de huidige GGD. In hoofdstuk 5 kunt u lezen hoe de GGD op deze ontwikkelingen inspeelt.

5. De pijlers van de GGD

Het Algemeen Bestuur heeft zich in 2015 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 dat de pijlers van de GGD lokaal goed geborgd blijven. Het gaat om de volgende pijlers:



Monitoren, signaleren en adviseren



Uitvoerende taken gezondheidsbescherming



Publieke gezondheid bij rampen en crises



Toezicht houden



Jeugdgezondheidszorg 4–18 jaar



Ambulancezorg



Aanvullende taken publieke gezondheid



5.1 Monitoren, signaleren en adviseren

In onze samenleving gebeurt er op dit moment veel op het gebied van het sociale domein. In het afgelopen jaar werden onze gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdzorg, grote delen van de zorg die nu nog bij ABWZ is ondergebracht en de nieuwe participatiewet Werk naar Vermogen. Dit vraagt om het opnieuw formuleren en organiseren van antwoorden op hulp- en ondersteuningsvragen. In combinatie met bezuinigingen staan gemeenten en haar partners samen met hun burgers voor de opdracht alle krachten te bundelen en te benutten. Ook vanuit bevordering van de volksgezondheid definiëren we in dit licht steeds scherper wat de betekenis is van deze ontwikkelingen voor onze werkzaamheden. Het concept 'positieve gezondheid' helpt ons daar goed bij.

"Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven" (Machteld Huber, 2013)

Dit concept, waarbij gezondheid meer als werkwoord wordt gezien, en het bevorderen van gezondheid gaat over ondersteunen en versterken van veerkracht van mensen, slaat een stevige brug tussen de activiteiten van de GGD en de veranderingen die we willen bewerkstelligen in het Sociale Domein. Dit is voor vele gemeenten inmiddels ook het uitgangspunt in het lokaal beleid op gebied van gezondheid. Gezondheid als voorwaarde om mee te kunnen doen.

En meedoen als bevordering van gezondheid!

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 kind dossiers.

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



Gemeenten hebben binnen de Wet Publieke Gezondheid de plicht om een plan ter bevordering van de lokale gezondheidssituatie vast te leggen in Lokaal Gezondheidsbeleid.

Het Lokaal Gezondheidsbeleid kan vastgelegd zijn in een gemeentelijke nota of in een sub regionale nota. De nota kan puur gericht zijn op gezondheid of gecombineerd zijn met WMO of het bredere sociale domein. Het beleid op gebied van gezondheid wordt steeds meer een middel om doelstellingen te realiseren op het Sociaal Domein.

De gemeente is in dit proces de regisseur. De GGD ondersteunt de gemeente bij het voorbereiden, opstellen, implementeren en evalueren van dit beleid.

Het lokaal GGD-team van de gemeente, kan dit proces verder ondersteunen en het beleid daadwerkelijk helpen te realiseren. Dit lokale GGD-team maakt in overleg met de gemeente een jaar activiteitenplan, waarin vastgelegd wordt welke zaken opgepakt gaan worden. Hierbij kunnen gezondheid gerelateerde onderwerpen uit allerlei beleidsterreinen aan de orde komen (denk aan onderwerpen uit het beleid rondom WMO, jeugd, sport of ruimtelijke ordening). Een en ander is stevig ingebed en afgestemd met andere activiteiten in het Sociaal Domein. Het lokale team van de GGD zal onder regie van de gemeente haar adviesrol en de proces begeleidende en uitvoerende rol met verve op zich nemen. Hierbij wordt altijd nauw samengewerkt met burgers en andere lokale partners. Het kennen van de gemeente en de samenwerkingspartners en het aangaan van de dialoog (ook met burgers) is essentieel.



De grote rol die gemeenten spelen in het domein van Zorg en Gezondheid maakt het nodig dat gemeenten hun kennis en behoeften duidelijk maken en dat zij sturing hebben op deze kennis. De GGD is van mening dat zij daarbij een ondersteunende rol voor de gemeente kan spelen. Sinds jaar en dag levert de GGD gegevens, cijfers en informatie over de gezondheidssituatie van de burgers in onze regio aan. Hierop baseren onze gemeenten en andere (wijk)organisaties hun beleid en speerpunten in de uitvoering. Het concept Positieve Gezondheid nodigt ons ook bij het kenniscentrum Onderzoek uit, onze definities en producten tegen dit nieuwe inzicht aan te leggen en daar waar nodig aan te passen.

De laatste jaren hebben steeds meer gemeenten met succes gebruik gemaakt van het maatwerkonderzoek dat we kunnen leveren. Met de uitvraag die we jaarlijks voor de monitors doen, en alle andere bronnen die tot onze beschikking staan, zijn we in staat vele (kennis) vragen op het gebied van het Sociale Domein te beantwoorden.

We hebben, vanwege de grote veranderingen op het sociaal domein, speciale aandacht voor het ondersteunen van onze gemeenten bij het monitoren van al deze veranderingen. De GGD zal de komende jaren samen met haar gemeenten bezig zijn met het ontwikkelen op lokaal niveau van een kennisstructuur voor het sociaal domein in aansluiting op de landelijke monitor.

Om te kunnen beoordelen of de transitie de beoogde resultaten bereiken heeft de gemeenten immers goede data nodig waar monitoring en evaluatie van cruciaal belang zijn.

De GGD levert de Regionale Volksgezondheid ToekomstVerkenning (RVTV) op. Deze zal bestaan uit 21 gemeentelijke E-books en zal als basisinput dienen voor het lokale beleid de komende jaren. In deze toekomstverkenning worden de belangrijke ontwikkelingen op het gebied van gezondheid in de regio geschetst. Het sociale domein is daar bij het kader.

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 mondesmaat preventieprogramma's op wijk- of buurtniveau (pilots). Het is gewenst dat GGD en gemeenten in onze regio meer samen optrekken richting zorgverzekeraars.

We streven ernaar dat gemeenten de bijdrage van de GGD aan de realisatie van de lokale doelstellingen in sociaal domein en de participatie van burgers waarderen en erkennen en dat zij gebruik maken van de onderzoeksgegevens en de onderzoekexpertise van de GGD. Wij zijn tevreden wanneer onze gemeenten tevreden zijn en onze inzet minimaal gemiddeld waarderen met het rapportcijfer 7,5



5.2 Uitvoerende taken gezondheidsbescherming

Infectieziekten

In Nederland hechten we groot belang aan het bestrijden van infectieziekten. Infectieziekten bestrijding in Nederland is een samenspel van landelijke (RIVM/CIB) en lokale (GGD'en) instellingen. De GGD voert conform de wet PG een aantal basistaken uit. Zo brengt de GGD infectieziekten in haar regio in kaart (artsen zijn verplicht bepaalde infectieziekten te melden bij de GGD) en dit is de basis voor het beleid van infectieziektenbestrijding en voor onze advisering aan gemeenten, burgers en instellingen. Ook voert de GGD preventieve taken uit via voorlichting, informatieverstrekking en vaccinatie en zoekt de GGD naar de bron van de infectieziekte en naar de contacten die aan de bron hebben blootgestaan. Om deze taken uit te voeren heeft de GGD artsen, verpleegkundigen en preventiemedewerkers in dienst en onderhouden we contacten met huisartsen, ziekenhuizen, laboratoria en RIVM.

De komende jaren gelden op het terrein van infectieziekten bestrijding de volgende prioriteiten.

Versterking samenwerking

We zullen de samenwerking in het regionale netwerk met ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen, thuiszorg, GHOR, Eindhoven Airport, ed. versterken en daarin een centrale verbindingsrol blijven spelen.

Verhoging toegankelijkheid en communicatie

We gaan onze website, de sociale media en nieuwe technologieën (Apps) pro-actiever en interactiever inzetten om informatie en advies op maat richting burgers, instellingen en gemeenten meer mogelijk te maken en om informatie bij burgers op te halen. Informatie die wordt aangeboden laten we vooraf toetsen door panels.

We passen de basisprincipes van risicocommunicatie toe.



Bevordering deskundigheid en kwaliteit

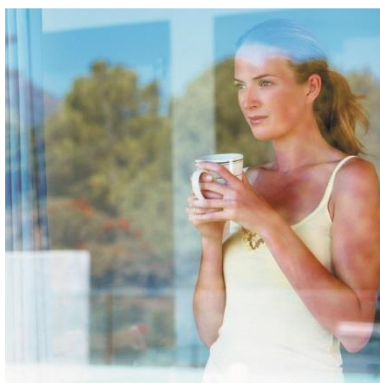
We gaan onze professionaliteit en de kwaliteit van onze diensten verder verhogen. We blijven intensief samenwerken met het RIVM/CIB en de academische werkplaats Amphi zodat onze kennis en adviezen evidence based zijn. Bijscholing, intervisie, het oefenen met opschaling en onderzoek naar tevredenheid van klanten en ketenpartners blijven vanzelfsprekende onderdelen van ons opleidingsplan en kwaliteitssysteem.

Inhoudelijke prioriteiten

We gaan de bewustwording en kennis onder verschillende doelgroepen (professionals, vrijwilligers, het algemene publiek) vergroten via voorlichting en deskundigheidsbevordering. Het gaat daarbij met name om de thema's resistente micro-organismen en basale hygiëne. Verder gaan we reizigers naar verre landen bewuster maken van gevaren en preventieve maatregelen (zoals vaccins, hygiëne en voeding). Daarbij houden we rekening met de diversiteit aan reizigers (vakantie-reizen, zakenreizen, migratie, familiebezoek, e.d.). Voorts willen we de expertise op het terrein van de tuberculosebestrijding bij de GGD behouden en blijven we voorbereid op een plotselinge uitbraak van TBC of een andere infectieziekte. Op het terrein van de seksuele gezondheid blijven we risicogroepen (jongeren, mannen die seks hebben met mannen, migrantengroepen) op een laagdrempelige manier screenen op de meest voorkomende SOA's (Chlamydia, Gonorrroe, Syfilis, Hepatitis B en HIV). Ook blijven we deze groepen voorlichten, waarbij we de mogelijkheden nieuwe media en hulpmiddelen (zelftests) zullen benutten. En last but not least zullen we blijven signaleren, informeren en adviseren over de risico's van infectieziekten (zgn. zoönosen) die gerelateerd kunnen worden aan de intensieve veehouderijen.

Medisch milieukundige zorg

De GGD voert op basis van de Wet Publieke Gezondheid taken uit ter bevordering van de medisch-milieukundige zorg voor gemeenten. Deze bevorderingstaak is opgedeeld in 5 taakgebieden: het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek.



De prioriteiten liggen de komende jaren op gezonde gebiedsontwikkeling/wijkinrichting, (fysieke) veiligheid/crisisbeheersing en intensieve veehouderij. De keuze voor deze focuspunten is gebaseerd op landelijke ontwikkelingen, vragen van gemeenten en burgers en lokale ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en milieu. Daarnaast zijn er meerdere inhoudelijke thema's waarop onze dienstverlening gericht is, o.a. luchtkwaliteit, geluidsoverlast, binnenmilieu, bodemvervuiling, klimaatverandering, straling/elektromagnetische velden, groen, asbest, kankerclusters, zwembadwater en ongedierte (o.a. eikenprocessierups).

Voor deze onderwerpen houden we onze kennis op peil en volgen we ontwikkelingen zodat bij een vraag snel en adequaat advies gegeven kan worden. We blijven bewaken en bevorderen dat gezondheid in een vroeg stadium wordt meegewogen in beleidsbeslissingen en ruimtelijke plannen.



5.3 Publieke Gezondheid bij incidenten, rampen en crises

De GGD wil blijven voldoen aan de landelijke eisen (zie het landelijk kwaliteitskader crisisbeheersing) en verwachtingen die gesteld worden aan de crisistaak van de GGD. Dat is een kwestie van permanente ontwikkeling. We streven ernaar dat onze gemeenten vinden dat de GGD goed is voorbereid op incidenten, rampen en crises en dat er een goede balans is tussen investeringen en opbrengsten.

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 (onderdeel van de Veiligheidsregio) heeft een ondersteunende, coördinerende en controlerende rol binnen de hele witte kolom. De GHOR onderhoudt convenanten met de ketenpartners in de witte kolom en zorgt in de acute fase van een ramp voor de verbinding van de witte kolom met andere partners in crisisbeheersing zoals politie, brandweer en gemeenten. De GGD levert aan de GHOR enkele sleutelfunctionarissen die in de acute fase ingezet kunnen worden bij rampen en incidenten.

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 grieppandemie.

Verder adviseert en ondersteunt de GGD gemeenten en scholen bij kleinschalige incidenten zoals suïcides, zedenzaken en (verkeers)ongevallen. Dat zijn schokkende gebeurtenissen die maatschappelijke onrust met zich mee kunnen brengen. Ervaring leert dat goede ondersteuning van getroffenen vanaf het begin van groot belang is om weer grip te krijgen op het leven. Coördinatie van hulp en zorgverlening is vaak nodig om goede hulp op het juiste moment aan de juiste groep getroffenen te bieden. Hierbij zoeken we aansluiting bij en afstemming met de lokale calamiteitenteams. Uitgangspunten zijn hulp op maat, eigen kracht van de gemeenschap aanboren en hulp 'klein' houden (voorkomen van overkill).

De 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.





5.4 Toezicht houden

[Toezicht Kinderopvang](#)

Verwacht wordt dat de kwaliteitseisen kinderopvang worden herijkt en met ingang van 1.1.2017 wettelijk van kracht worden (zie brief van minister Asscher aan de 2^e kamer, 7 juli 2015). Ook het toezichtkader wordt aangepast. Daarbij wordt het zgn. doeltoezicht ingevoerd. Doeltoezicht is gericht op resultaten en geeft meer ruimte aan de ondernemer. Voor de toezichthouder betekent doeltoezicht meer ruimte voor een professioneel oordeel. We streven ernaar om het toezicht op de kinderopvang beter te laten aansluiten op de verantwoordelijkheden van de ouders en eigenaren. We willen, vooruitlopend op landelijke ontwikkelingen, met enkele gemeenten pilots uitvoeren waarin eigentijds toezicht centraal staat.

De gemeente Eindhoven heeft extra taken bij de GGD belegd: het bijhouden van het register kinderopvang, het uitvoeren van lichte handhavingstaken (aanwijzingsbevoegdheid) en inspecties op de kwaliteitseisen van VVE-programma's. Mogelijk dat andere gemeenten gaan volgen.

[Toezicht WMO](#)

De meeste gemeenten in onze regio hebben de GGD aangewezen als de toezichthoudende instantie op de uitvoering van de WMO. Het gaat dan met name om het reactieve toezicht: nader onderzoek uitvoeren naar aanleiding melding van calamiteiten, geweldsincidenten of aanhoudende klachten bij voorzieningen. Gemeenten zijn zoekend naar passende vormen van proactief toezicht op de WMO-voorzieningen. De GGD wil hierin meedenken en participeren in pilots.



5.5 Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar

Met de fusie van de GGD Eindhoven en GGD Zuidoost-Brabant kreeg JGZ de opdracht om haar werkwijze fundamenteel te herzien, met als doel:

- Alle kinderen minimaal verantwoorde zorg krijgen en er ruimte is voor kinderen die meer zorg nodig hebben;
- JGZ en scholen meer gebruik maken van elkaars expertise en meer samenwerken;
- GGD duidelijker invulling geeft aan beleidsadvisering aan gemeenten.

Het resultaat sluit naadloos aan op de inhoud van het basispakket JGZ dat in 2015 van kracht is geworden. Met het besluit van het bestuur om het pubercontactmoment met ingang van schooljaar 2015-2016 regiobreed in te voeren, voldoet de GGD ook aan de wettelijke eis om aan jongeren van 14 jaar en ouder een aanbod te doen. In september 2015 is de evaluatie van de invoering van het pubercontactmoment in 14 gemeenten in het schooljaar 2014-2015 uitgebracht.

De GGD is 2015 gestart met JGZ 2020, waarin we de JGZ verder willen flexibiliseren en moderniseren. Hierbij maakt de ouder/jongere samen met de JGZ-professional afspraken over wat zij van JGZ verwachten.



De ambitie is dat:

- *Ouders en pubers* vanuit een positieve insteek kiezen voor het gebruik van JGZ, gewoon omdat het van belang is voor de ontwikkeling van het kind en de overtuiging dat ze er iets aan hebben.
- En dat *kinderen* bij JGZ een positieve associatie hebben, die mee weegt in de latere keuze als ouder voor JGZ.

In het najaar gaan pilots van start en alle ontwikkelingen de komende jaren dienen bij te dragen aan deze ambitie.

Elke gemeente geeft op haar eigen wijze vorm aan de decentralisatie. Scholen zijn schooljaar 2014-2015 gestart met de invoering van passend onderwijs en de eerstelijnsgezondheidszorg ontwikkelt zich meer en meer rond gezondheidscentra of multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. De samenwerking tussen JGZ en scholen kent al een lange geschiedenis en blijft voor JGZ essentieel in de realisatie van haar opdracht. Het belang van de samenwerking tussen de jeugdartsen (als specialist over de ontwikkeling van het gezonde kind) en huisartsen/specialisten wordt alom onderkend en we zien dat artsen elkaar steeds meer vinden en elkaars expertise benutten.

Het lokale GGD-team neemt initiatieven in de verbinding met deze partners en legt in een activiteitenplan vast wat in een jaar de focus heeft.

De discussie over JGZ 0-18 jaar staat in Zuidoost-Brabant op de agenda. ZuidZorg, Zorgboog en GGD hebben van het Algemeen Bestuur een tweeledige opdracht:

- De keuze voor één applicatie voor het medisch kinddossier (DDJGZ). Met ingang van 1 april 2016 wordt deze applicatie in gebruik genomen of professionals van de drie verschillende organisaties bij 'elkaars' dossiers kunnen is nog onduidelijk (privacywetgeving).
- Een voorstel te maken voor een doorgaande lijn Jeugdgezondheidszorg 0-18 jaar, eigentijds en innovatief, met meer ruimte voor differentiatie en maatwerk, doelmatig en efficiënt. Een doorgaande lijn JGZ 0-18 jaar, waarin JGZ beter in staat is de meerwaarde in het kader van de transitie/transformatie te realiseren. Najaar 2015 presenteert een groep van professionals hun voorstel.





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).

Om als organisatie ambulancezorg te mogen verlenen is een vergunning van het ministerie van VWS nodig. In 2018 wordt de

vergunning voor de ambulancezorg door VWS opnieuw verleend.

Om de ambulancezorg een goede startpositie te geven bij de vergunningverlening hebben de Besturen van de GGD en Veiligheidsregio Brabant-Zuidoost besloten om de ambulancezorg per 1.1.2016 volledig binnen de GGD te positioneren. De overheveling van ambulancezorg naar de GGD verloopt voor gemeenten budgettair neutraal. We streven naar een vlekkeloze overgang naar de GGD, heldere afspraken met de Veiligheidsregio (die tot 1.1.2018 vergunninghouder blijft) en een goede voorbereiding op de vergunningverlening.

In de loop van 2016/2017 zullen de besturen van GGD en VR, in het kader van de vorming van een landelijke meldkamerorganisatie, een uitspraak moeten doen over de positie van de meldkamer ambulancezorg. Het uitgangspunt van VWS en AZN is dat het personeel met monodisciplinaire taken in dienst blijft c.q. komt bij de ambulancezorg. De besturen bepalen evenwel zelf vóór de overdracht van de meldkamerlocatie waar en hoe het werkgeverschap van het meldkamerpersoneel voor de monodisciplinaire taakuitvoering van de ambulancevoorziening wordt belegd. Dat kan betekenen dat sommige regionale ambulancediensten ervoor kiezen dat het monodisciplinair personeel op de meldkamer in dienst komt van de LMO. Ook kan het betekenen dat in andere regio's waar dat nog niet het geval is, de ambulancedienst er voor kiest het monodisciplinair personeel juist wel in dienst te nemen.

Het aandeel spoedritten in het totaal aantal ritten is gestegen. Uit een trendanalyse uitgevoerd door het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS blijkt dat alle ambulancediensten te maken hebben gehad met een groeiend aantal spoedinzetten. Een groot deel van de groei en van de waargenomen verschillen in groei tussen de regio's, blijft vooralsnog onverklaard.

De komende jaren zullen we ons blijven inspannen om de operationele prestaties van de ambulancezorg te verbeteren. Daarbij is landelijk een kentering zichtbaar waarbij de kwaliteit van zorg niet alleen wordt afgemeten aan de wettelijke vastgelegde responstijden maar vooral ook gekeken wordt naar de medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg. Tijdsnormen zijn daarbij van belang om richting te geven aan processen.

Eind 2015 vindt een hernieuwd onderzoek plaats naar de optimale spreiding van standplaatsen en benodigde paraatheid. De uitkomsten van dit onderzoek worden in 2016 aangeboden aan het bestuur.

Tot slot dient te worden vermeld dat de GGD er continue naar streeft de ambulancezorg zo goed mogelijk afgestemd blijft op de zorgvraag van de patiënt. Waar nodig leidt dit tot zorgdifferentiatie. In 2016 zal door de ambulancezorg worden gestart met een pilot voor de implementatie van een zogenaamde NICU-ambulance voor het (interklinisch) vervoer van (pasgeboren) baby's.



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 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). De landelijke politie heeft deze taken in 2015 aanbesteed maar uiteindelijk de aanbesteding gecancelld. Zowel landelijk als regionaal worden afspraken gemaakt over de continuering van deze dienstverlening.
- *Publieke Gezondheid asielzoekers:* het uitvoeren van de wettelijke taken op het terrein van publieke gezondheid voor de asielzoekerscentra in onze regio (momenteel in Cranendonck en Eindhoven). Deze taken worden gefinancierd door het COA.

- *Contractactiviteiten op projectbasis of met een incidenteel karakter.* Momenteel gaat het om opdrachten die wij voor gemeenten of derden op contractbasis uitvoeren zoals hepatitis B vaccinatie van risicogroepen, ondersteuning van mantelzorg, prostitutiebasiszorg, bijhouden van het register kinderopvang, uitvoering van lichte handhavingstaken kinderopvang, monitoring op wijk- en buurtniveau, het project seksuele diversiteit, rookvrije scholen, preventie-curatie wijkscan, vrouwen/meisjesbesnijdenis, VVE-inspecties, jeugdverpleegkundige als lid van lokale teams en de jeugdarts als specialist in lokale of regionale expertteams.

6. Bedrijfsondersteuning

6.1 Personeel en organisatie

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 transitie.

Als GGD willen we de komende jaren investeren in onze medewerkers en onze toekomst middels:

Versterken positie GGD in sociaal domein:

Kerntaken aanscherpen: weten waarvan we zijn

Benodigde competenties versterken op organisatie en functieniveau

Versterken zichtbaarheid en verbreden relaties en netwerken

Voorbereid zijn op de toekomst:

De organisatie middels strategische personeelsplanning en innovatie

De medewerker middels competentie/persoons- ontwikkeling en (om/bij)scholing

De dienstverlening verbinden aan het concept Positieve gezondheid

We onderscheiden drie programmalijnen:

Programmalijn: Veranderen is leuk

Programmalijn: Ken de kracht van onze GGD

Programmalijn: De GGD blijft in conditie

Het betreft een intern GGD-programma. Alle sectoren doen hieraan mee, waarbij we steeds kritisch kijken wat passend is gezien de dynamiek, kerntaken en specifieke omgeving van een sector.

6.2 Communicatie

Gerichte externe communicatie is van groot belang om onze (gezondheid)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 voorbij. 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 sociale 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.

6.3 Automatisering en informatisering

In de periode 2009 tot en met 2015 heeft de GGD Het Nieuwe Werken ingevoerd. De medewerkers hebben het omarmd, zoals blijkt uit de medewerkers tevredenheidsonderzoeken, welke iedere 2 jaar worden gehouden. De hele informatievoorziening faciliteert de medewerkers van de GGD om (ook team- en sector overstijgend) beter samen te werken en nog beter de behoeften van onze klanten in te vullen.

De GGD-en gaan steeds vaker werken met een landelijke referentiearchitectuur, onder meer om informatie-uitwisseling te uniformeren en samenwerking tussen GGD-en te verbeteren en de positie tegenover ICT-leveranciers te versterken.

Voor de komende jaren staan we voor de uitdaging om onze klanten en ketenpartners via ICT-toepassingen te faciliteren. Het gaat daarbij om portalen, e-health toepassingen, gebruik maken van de mogelijkheden van sociale media, serious gaming en gezondheidsapps, het eigen beheer van medische dossiers en nieuwe manieren van communiceren.

6.4 Kwaliteitszorg

Kwaliteit is het leveren wat de klant wil. Een manier om zekerheid te hebben dat het leveren van kwaliteit op een gestructureerde wijze plaats vindt is certificering. De GGD is HKZ-gecertificeerd. HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Jaarlijks wordt de GGD extern geaudit door Lloyd's, eens in de 3 jaar wordt door hen bepaald of we voldoen aan de eisen voor certificering. We zetten een arsenaal aan kwaliteitsinstrumenten om de kwaliteit van onze diensten te borgen en verbeteren zoals klanttevredenheidsonderzoeken, procesbeschrijvingen en risicoanalyses, interne en externe audits, verbeteracties n.a.v. klachten en signalen.

Continu verbeteren is ons adagium. Zowel in de zorg als bij de (gemeentelijke) overheid wordt Lean steeds vaker toegepast. Bij de GGD'en staat Lean nog in de kinderschoenen. In het kort gezegd is Lean het centraal stellen van de klantwensen. Alles wat geen directe waarde toevoegt voor de klant is per definitie verspilling. Overbodige handelingen, wachttijden, werkvoorraden en controles kunnen we elimineren door samen met de medewerkers op een systematische manier de werkwijzen in kaart te brengen en te verbeteren. Inmiddels is een groep van 12 medewerkers opgeleid en heeft het Green belt certificaat behaald.

7. Financieel meerjarenperspectief

7.1 Inleiding

De wettelijke en gezamenlijke taken die de GGD in opdracht van de gemeenten uitvoert worden hoofdzakelijk gefinancierd op basis van een bijdrage per inwoner. Uitzonderingen daarop zijn het Pubercontactmoment dat, binnen de gezamenlijke bijdrage, op basis van de VWS-verdeelsleutel door gemeenten wordt bekostigd en Toezicht op kinderopvang, dat per gemeente op contractbasis gefinancierd wordt. 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.

Bijlage 2 geeft inzicht in de kosten en herkomst van de baten per pijler volgens de begroting 2016.

Afgezien van specifieke besluitvorming naar aanleiding van deze kadernota zullen deze bedragen voor 2017 slechts beperkt wijzigen.

Allereerst worden in de volgende paragrafen ingegaan op bezuinigingen en het weerstandsvermogen voor de GGD als geheel.

Omdat de beide programma's (Ambulancezorg (AZ) en Publieke Gezondheid (PG), behoudens de verrekening voor de ondersteunende diensten, een volledig gescheiden financiering, verantwoording en dito kaders kennen, wordt daarna ingezoomd op de verwachte specifieke ontwikkelingen per programma.

7.2 Bezuinigingen

Gezien de context van de moeilijke financiële situatie bij gemeenten levert ook de GGD haar bijdrage in noodzakelijke bezuinigingen. Vanaf de fusie in 2008 zijn aan de GGD reeds aanzienlijke im- en expliciete bezuinigingen opgedragen.

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 zonder frictiekosten voor gemeenten gepaard moest gaan, levert een stapsgewijze structurele kostenreductie op tot € 600.000 per 2017 (8 fte). Die besparing is 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. Per 2017 wordt t.o.v. 2016 nog een bezuiniging op de gemeentelijke bijdrage per inwoner van € 50.000 euro gerealiseerd (afgezien van evt. indexering). Met dit reorganisatieplan is het bekende en voorspelbare natuurlijk verloop bij de overhead-functies tot en met 2018 'benut'. De GGD stelt zich ten doel om t.z.t. te bezien of vanaf 2019 de afname van de overhead zich nog verder kan doorzetten. Een en ander is natuurlijk tevens afhankelijk van ontwikkelingen op het gebied van de taakinhoud; te denken daarbij is o.a. aan integrale JGZ 0 – 18, maar mogelijk dat ook andere taakaanpassing daar van invloed op kan zijn.

Besparing op huisvestingskosten

De herhuisvesting van de GGD (verhuizing naar Witte Dame en verkoop Callenburgh) levert een structurele besparing op van € 200.000 per jaar. 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 PG 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. Verwacht wordt dat ultimo 2015 de Algemene Reserve PG het streefniveau van € 600.000 zal hebben bereikt, zodat de gemeentelijke bijdrage 2017 met de 2^e tranche van € 100.000 kan worden verlaagd. Indien dit reeds per 2016 het geval zal blijken te zijn wordt de begroting 2016 nog aangepast. Een en ander is natuurlijk afhankelijk van de ontwikkelingen c.q. de exploitatieresultaten.



Positionering ambulancezorg

Zoals hiervoor aangegeven is besloten 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 concurrerende positie te brengen bij de komende aanbesteding van de vergunningverlening per 2018. In 2016 wordt hier invulling aan gegeven. De verdere integratie van de ondersteuning kan op termijn ook een beperkt positief effect hebben op de (verdeling van de) algehele GGD-overhead.

Per 2018 ontstaat wel het risico dat de GGD ambulancezorg als taak verliest.

7.3 Weerstandsvermogen en financiële risico's

In het najaar van 2015 heeft het Algemeen Bestuur de geactualiseerde nota Weerstandsvermogen & Risicomanagement vastgesteld. Hierin is o.a. vastgelegd dat, gegeven de financieringsstructuur, voor de beide programma's Publieke Gezondheid (PG) en AmbulanceZorg (AZ) afzonderlijke algemene reserves worden aangehouden. Vanwege het verschil in financiering en risico's worden ook verschillende normen gehanteerd.

Voor PG wordt een lage normering gehanteerd: gestreefd wordt naar een algemene reserve van 5% van de gemeentelijke bijdrage voor het gezamenlijke pakket. Zodra dat niveau (dat is o.b.v. de begroting 2016 ca. € 600.000,-) bereikt is kan, op basis van het dan geldende risicoprofiel, besloten worden tot afroeping van de gemeentelijke bijdrage. Hoewel er gezien de financiële risicoanalyse, m.n. m.b.t. activiteiten voor derden, er redenen zijn om dit weerstandsvermogen tot een hoger niveau te laten groeien, wordt het vanwege de aanhoudende financiële problematiek bij gemeenten niet passend geacht deze nu op te laten lopen.

Voor AZ wordt enerzijds zowel een maximum van 5% van toepassing geacht, terwijl ook een min-max van 5-10% als redelijk wordt gezien. Maar gezien het feit dat sprake is van een ontwikkeltraject richting aanbesteding per 2018, met dus een hoger risicoprofiel, is besloten deze algemene reserve te bevriezen op het huidige niveau van € 1.200.000, hetgeen correspondeert met ca. 6,5% van de omzet.

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.

Naar verwachting wordt ultimo 2015 het streefniveau van de Algemene Reserve PG van € 600.000 bereikt, natuurlijk afhankelijk van de ontwikkelingen c.q. exploitatieresultaten. Hanteren van deze lage norm betekent uiteraard dat in het geval van substantiële financiële tegenvallers het risico voor gemeenten op een aanvullende bijdrage aan de GGD groter is.

Voor AZ worden vooralsnog geen grote schommelingen in exploitatieresultaten verwacht; mogelijk dat de integratie van de RAV in de GGD enige eenmalige kosten met zich mee brengt, maar deze zullen naar verwachting niet substantieel zijn en zullen worden opgevangen binnen de reguliere begroting van de GGD.

Als belangrijkste toegenomen risico's worden nu verder geïdentificeerd:

- Het risico dat als gevolg van (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 (VPB) voor overheidsinstellingen en de belastingheffing op parkeervoorziening. 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.
Ten aanzien van de invoering van de VPB wordt in landelijk verband samengewerkt met alle GGD' en om met het ministerie van Financiën (de Belastingdienst) afspraken te maken over te hanteren richtlijnen. Gemeenten worden over de voortgang via het Algemeen Bestuur op de hoogte gehouden. Wat het financiële effect zal zijn op de exploitatie van de GGD valt nu nog niet zeggen.
- 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 (mogelijkheid tot besparing) kunnen zijn, als 0-4 naar de GGD zou komen.

7.4 Programma 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 rittenstatistiek. 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 2006 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).

Qua bedrijfsvoering was de focus bij AZ de afgelopen jaren m.n. gericht op het terug dringen van de hoge inhuur derden en het, mede daaraan verbonden, herstructureringsplan bedrijfsvoering. Samen met de eerder gememoreerde herpositionering van de RAV, integraal bij GGD, moet dit o.a. leiden tot een concurrerende uitgangspositie voor de aanbesteding van de vergunningverlening per 2018. In 2016 en 2017 wordt hier verder invulling aan gegeven. Hiermee zal dan naar verwachting ook het beschikbare budget van verzekeraars maximaal uit genut kunnen worden; waarmee dan ook nog een (beperkte) bijdrage aan de verbetering van de rijtijd-overschrijdingen wordt gerealiseerd.

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.

7.5 Programma Publieke Gezondheid

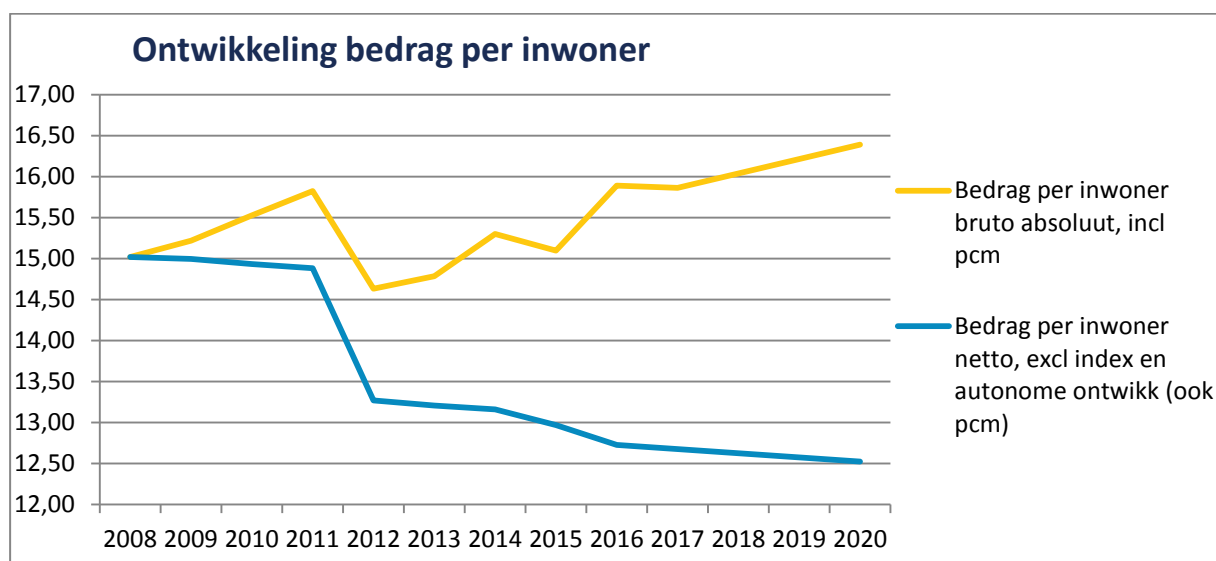
Gemeentelijke bijdrage per inwoner voor het gezamenlijke takenpakket

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 worden gelaten. Het pubercontactmoment is hierbij, hoewel dat niet middels een bedrag per inwoner verrekend wordt, in het bruto bedrag vanaf 2016 wel als zodanig herrekend opgenomen. Dit stemt dus niet overeen met de bedragen per inwoner zoals in onderstaande tabel. Voor de komende jaren zijn de ontwikkelingen zoals hierna geschetst reeds meegenomen.



Naast de in de vorige paragraaf vermelde bezuinigingen zijn de volgende zaken van belang met betrekking tot de ontwikkeling van de gemeentelijke bijdrage per inwoner voor het gezamenlijke takenpakket.

Budgetafsprak en methode van indexering (inkorten)

Gemeenten en GGD maken telkens een budgetafsprak 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 lopende budgetperiode zijn 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 bovengenoemde budgetafspraken 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 gezien of een substantiële afwijking op de indexering is ontstaan en of het bedrag per inwoner diens gevolge moet worden aangepast om een gelijk niveau van dienstverlening te kunnen blijven realiseren.

Indicatie inwonersbijdrage 2017 – 2020

Op basis van hiervoor genoemde bezuinigingen en uitgangspunten zal de gemeentelijke bijdrage voor de komende 4 jaren zich naar verwachting als volgt ontwikkelen:

NB: hierbij is gerekend met de gemiddelde stijging van het aantal inwoners van de afgelopen jaren (0,4%) en een index van 1.5%. Het CPB publiceert het indexcijfer voor 2017 pas in maart 2016, in de begroting 2017 zal derhalve de werkelijke index opgenomen worden.

	2017	2018	2019	2020
#inwoners (aanname + 0,4%/jaar)	755.495	758.517	761.551	764.597
gemeent. bijdr. p/inwoner progr begr '16	€ 11.336.000			
Bezuiniging overhead/index	-€ 50.000			
Bezuiniging 2e tranche huisvesting	-€ 100.000			
index (aanname 1,5%/jaar)	€ 168.000	€ 170.000	€ 173.000	€ 175.000
totaal gemeent. bijdr. p/inw. geraamd	€ 11.354.000	€ 11.524.000	€ 11.697.000	€ 11.872.000
bedrag per inwoner gez. taken	€ 15,03	€ 15,19	€ 15,36	€ 15,53
gem bijdr pubercontactmoment prog begr '16	€ 622.000			
index (aanname 1,5%/jaar)	€ 9.000	€ 10.000	€ 10.000	€ 10.000
gemeent. bijdr. Pubercontactmoment *	€ 631.000	€ 641.000	€ 651.000	€ 661.000
totaal gem bijdr gez.pakket geraamd	€ 11.985.000	€ 12.165.000	€ 12.348.000	€ 12.533.000
* het pubercontactmoment wordt niet middels een bedrag per inwoner gefinancierd maar obv van de verdeelsleutel die het ministerie van VWS hanteerde bij de verdeling in het gemeentefonds				

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

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).

Met ingang van 2015 zijn uurtarieven voor contracttaken fors verlaagd, waarmee beoogd werd om de afname in contracttaken tot staan te brengen en op termijn zelfs weer licht te laten toenemen. Het is nog niet duidelijk vast te stellen of die opzet geslaagd is. Met name ontwikkelingen in het sociaal domein bieden daartoe mogelijk nog kansen.

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.

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.*

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 hoofdzakelijk particulieren), bijdragen Rijk voor SOA-bestrijding (ca. € 0,8 miljoen) en voor 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. Maar dit betekent anderzijds natuurlijk ook een potentieel financieel risico in het geval dat deze inkomsten substantieel terug zouden lopen.

Ook de taken voor derden staan de laatste jaren onder druk, hoewel de totale omvang ervan gemiddeld genomen gelijk is gebleven. De aanbesteding in 2015 van Forensische diensten Politie heeft, na een langdurige procedure, ertoe geleid dat de GGD deze taak voorsnog uit kan blijven voeren. De taak Publieke Gezondheid Asielzoekers, die er in de loop van 2014 vanwege (her)opening van asielzoekerscentra weer is bijgekomen, zal mogelijk nog wat groeien.

Vooralsnog wordt echter geen substantiële wijziging in de totale omvang van de taken voor derden voorzien.

Algemene kostenontwikkeling

Omdat de GGD een door gemeenten opgerichte gemeenschappelijke regeling is, is ook integraal de gemeentelijke CAO (Caruwo) van toepassing. Waarmee dus tevens de kaders voor de ontwikkeling van de personele kosten (ca. 70% van het totaal) vast staan.

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. 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.

De huidige cao-afspraken gelden nog tot en met 2015 en er valt nog weinig te zeggen over een verwachting voor de nieuwe cao. De loonkostenontwikkeling vanaf 2016 is daarom nog erg ongewis. Zoals in paragraaf 4.1 aangegeven wordt voor de indexering van de gemeentelijke bijdrage uitgegaan van een vooraf door het CPB vast te stellen percentage. Of de kostenontwikkeling daar gelijke tred mee houdt valt nu dus nog niet zeggen.

De invoering van de VPB-plicht zal ook een financieel effect hebben op de exploitatie van de GGD, de omvang daarvan is echter nog onbekend.

Boventalligen

De boventalligheid die sinds 2008 binnen de GGD is ontstaan is in de afgelopen jaren afgebouwd via natuurlijk verloop (niet invullen vacatures i.c.m. herverdeling van taken) en via loopbaanbegeleiding. Het gaat in die jaren om 15 fte boventalligheid waarvan inmiddels 12 fte is afgebouwd.

Bijlage 1 Overzicht van pijlers en taken GGD

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> - <i>Gezondheidmonitors</i> - <i>Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning</i> - <i>Maatwerkonderzoek</i> - <i>Preventieprogramma's</i>	N J J N J	N J J N J	J J J J J	- Wet PG Wet PG - Wet PG
Uitvoerende taken gezondheidsbescherming - <i>Algemene infectieziekten bestrijding</i> - <i>TBC-bestrijding</i> - <i>SOA bestrijding</i> - <i>Medisch-milieukundige zorg</i> - <i>Technische Hygiënezorg</i> - <i>Reizigerszorg</i> - <i>Rijksvaccinatieprogramma (4-18 jarigen)</i>	J J J J J N J	J J J J J N N	J J J J J N N	Wet PG Wet PG Wet PG Wet PG Wet PG - Wet PG
Publieke gezondheid bij rampen en crises - <i>GGD Crisisteam en crisisplan .</i> - <i>Het leveren van sleutelfunctionarissen voor GHOR-functies</i> - <i>Psychosociale hulpverlening bij ingrijpende gebeurtenissen</i>	J J J	J N J	J J J	Wet PG/Wet Toelating zorginstellingen Wet Veiligheidsregio's Wet PG

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

Bijlage 2 Financiering per pijler

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
PuberContactMoment JGZ*	(0,83)	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
Bestuurskosten **	0,49	365.000						365.000
Aflopende rechtspos. bijdragen gemeenten	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 andere bijlagen te voorkomen, niet opgenomen .

** 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

Bijlage 3 Ontwikkeling gemeentelijke bijdragen

Ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijke takenpakket 2017-2020, obv benoemde uitgangspunten in kadernota 2017																
Gemeente	#inwoners 1-1-2016	#inwoners 1-1-2017	#inwoners 1-1-2018	#inwoners 1-1-2019	2017			2018			2019			2020		
					€ 15,03	pcm	totaal	€ 15,19	pcm	totaal	€ 15,36	pcm	totaal	€ 15,53	pcm	totaal
Asten	16.622	16.689	16.755	16.822	249.808	13.190	262.998	253.548	13.399	266.947	257.355	13.608	270.963	261.205	13.817	275.022
Bergeijk	18.287	18.360	18.433	18.507	274.825	14.358	289.183	278.940	14.585	293.525	283.127	14.813	297.940	287.363	15.040	302.404
Best	28.852	28.967	29.083	29.200	433.603	25.326	458.929	440.095	25.727	465.823	446.702	26.129	472.831	453.385	26.530	479.915
Bladel	19.949	20.029	20.109	20.190	299.812	15.655	315.466	304.301	15.903	320.204	308.869	16.151	325.020	313.490	16.399	329.889
Cranendonck	20.609	20.692	20.774	20.857	309.725	15.555	325.280	314.363	15.802	330.164	319.082	16.048	335.130	323.856	16.295	340.150
Deurne	31.899	32.027	32.155	32.283	479.397	25.703	505.100	486.575	26.110	512.686	493.880	26.518	520.397	501.269	26.925	528.194
Eersel	18.419	18.493	18.567	18.641	276.817	13.780	290.596	280.961	13.998	294.959	285.179	14.216	299.396	289.446	14.435	303.881
Eindhoven	224.107	225.003	225.903	226.807	3.368.003	193.914	3.561.917	3.418.431	196.987	3.615.418	3.469.749	200.060	3.669.809	3.521.660	203.134	3.724.794
Geldrop-Mierlo	39.032	39.188	39.344	39.502	586.587	32.669	619.256	595.370	33.186	628.556	604.308	33.704	638.012	613.349	34.222	647.571
Gemert-Bakel	29.640	29.759	29.878	29.997	445.448	23.586	469.034	452.117	23.960	476.077	458.905	24.334	483.238	465.770	24.707	490.478
Heeze-Leende	15.533	15.595	15.657	15.720	233.437	11.758	245.195	236.932	11.944	248.876	240.489	12.131	252.619	244.087	12.317	256.404
Helmond	90.069	90.429	90.791	91.154	1.353.605	87.373	1.440.978	1.373.872	88.758	1.462.630	1.394.497	90.143	1.484.639	1.415.360	91.527	1.506.887
Laarbeek	21.997	22.085	22.173	22.262	330.578	17.446	348.023	335.527	17.722	353.250	340.564	17.999	358.563	345.660	18.275	363.935
Nuenen, Gerwen e	22.707	22.798	22.889	22.981	341.261	17.278	358.539	346.370	17.552	363.922	351.570	17.826	369.396	356.830	18.100	374.929
Oirschot	18.158	18.231	18.304	18.377	272.894	14.251	287.145	276.980	14.477	291.456	281.138	14.703	295.840	285.344	14.928	300.272
Reusel-De Mierden	12.826	12.877	12.929	12.981	192.758	9.570	202.328	195.644	9.721	205.365	198.581	9.873	208.454	201.552	10.025	211.577
Somerens	18.758	18.833	18.908	18.984	281.902	14.124	296.026	286.123	14.348	300.471	290.418	14.572	304.990	294.763	14.796	309.558
Son en Breugel	16.402	16.468	16.534	16.600	246.504	13.641	260.145	250.194	13.857	264.052	253.950	14.074	268.024	257.750	14.290	272.040
Valkenswaard	30.348	30.469	30.591	30.714	456.085	23.222	479.307	462.914	23.590	486.504	469.863	23.958	493.821	476.893	24.326	501.219
Veldhoven	44.340	44.517	44.695	44.874	666.361	34.670	701.031	676.338	35.220	711.558	686.492	35.769	722.261	696.762	36.319	733.081
Waalre	16.940	17.008	17.076	17.145	254.591	13.932	268.524	258.403	14.153	272.556	262.282	14.374	276.656	266.206	14.595	280.801
	755.495	758.517	761.551	764.597	11.354.000	631.000	11.985.000	11.524.000	641.000	12.165.000	11.697.000	651.000	12.348.000	11.872.000	661.000	12.533.000