

KADERNOTA 2018



november 2016

Inhoudsopgave

1.	Samenvatting	3
2.	Inleiding	5
3.	De opdracht van de GGD.....	6
4.	Relevante ontwikkelingen	9
5.	De pijlers van de GGD	16
5.1	Monitoren, signaleren en adviseren.....	16
5.2	Uitvoerende taken gezondheidsbescherming	19
5.3	Publieke Gezondheid bij incidenten, rampen en crises	21
5.4	Toezicht houden.....	23
5.5	Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar	25
5.6	Ambulancezorg	27
5.7	Aanvullende taken op het terrein van de Publieke Gezondheid	29
6.	Financieel meerjarenperspectief	31
6.1	Inleiding.....	31
6.2	Weerstandsvermogen en risico's.....	32
6.3	Programma Ambulancezorg (AZ).....	33
6.4	Programma Publieke Gezondheid.....	34
	Gemeentelijke bijdrage per inwoner voor het gezamenlijke takenpakket	34
	Contracttaken gemeenten	36
	Overige bijdragen gemeenten	37
	Contracttaken derden	37
	Algemene kostenontwikkeling	38
	Boventalligen.....	38
	Bijlage 1 Taken per pijlers.....	39
	Bijlage 2 Kosten en baten per pijler.....	41
	Bijlage 3 Ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijk takenpakket	42
	Bijlage 4 Verloop structurele overige bijdragen gemeenten	43
	Bijlage 5 Indexering	44

1. Samenvatting

Het Algemeen Bestuur van de GGD biedt deze kadernota aan gemeenten aan als opmaat naar de begroting 2018. De ontwerpbegroting 2018 van de GGD krijgen gemeenten in maart 2017 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 positieve 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 streven naar zelfredzaamheid en het benutten en/of organiseren van hun sociale netwerk. 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 verbinden resultaten uit wetenschappelijk onderzoek aan ons praktijkonderzoek en onze praktijkervaring en kunnen daarmee gemeenten ondersteunen bij het vormgeven van hun lokaal beleid.

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). We noemen dit positieve gezondheid. 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 gezondheidsdomein (ziekenhuizen, huisartsen e.d.), het sociale domein en de domeinen veiligheid, ruimtelijke ordening 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. Met name bij de ontwikkelingen in het sociale domein kan de GGD van toegevoegde waarde zijn.

Voor de relevante algemene ontwikkelingen verwijzen we naar hoofdstuk 4.

Het Algemeen Bestuur heeft 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 inwonersbijdrage van gemeenten in 2018 wordt berekend op € 12.102.000. Dit komt overeen met € 15,09 per inwoner (exclusief pubercontactmoment). Dat bedrag is iets hoger dan in 2017 als gevolg van indexering met 1,22 %.

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 2016 bedraagt de algemene reserve van het programma Publieke Gezondheid naar verwachting ca. € 450.000 en van het programma Ambulancezorg ca. € 1.200.000.

2. Inleiding

Via deze kadernota wil het Algemeen Bestuur van de GGD Brabant-Zuidoost de colleges en raden van 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.

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

Voor de GGD zijn de afspraken die gemaakt zijn (en worden) tussen de vier grote gemeenschappelijke regelingen en onze gemeenten wat betreft planning en control kader stellend (zoals met betrekking tot indexering, weerstandsvermogen en risicomanagement).

Het Algemeen Bestuur van de GGD heeft deze uitgangspunten bekrachtigd. Die uitgangspunten zijn in deze kadernota verwerkt.

3. De opdracht van de GGD

Taakstelling 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 van de gemeenschappelijke regeling):

- a. Het ontwikkelen en in stand houden 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;
 - Het bieden van (preventieve) ouderengezondheidszorg (in de praktijk heeft dit een kleine plek in het takenpakket van de GGD).
- 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- & piercingshops.

Het Dagelijks Bestuur van de GGD 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 (de wet biedt die ruimte).

In 8 regio's in Nederland hebben gemeenten ervoor gekozen om Veilig Thuis bij de GGD te beleggen.

In onze regio is dat niet het geval.

Tot zover de formele GGD taken zoals vastgelegd in de wet en de gemeenschappelijke regeling.

Daarnaast zijn er (landelijke) ontwikkelingen die van invloed zijn op de opdracht van de GGD.

Als voorbeeld noemen we de aanpak van verwarde personen en de opvang en integratie van asielzoekers en vluchtelingen (zie hoofdstuk ontwikkelingen).

Bijlage 1 geeft een overzicht van GGD taken per pijler.

Profilering

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 doelgroep 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 positieve 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 vanuit verschillende domeinen actief met elkaar verbinden: publieke gezondheid, veiligheid, het sociale domein, ruimtelijke ordening/milieu en openbaar bestuur.

Goed bestuur en toezicht

Het feit dat de GGD regionaal georganiseerd is in een gemeenschappelijke regeling brengt een aantal uitdagingen met zich mee. De GGD is verlengd lokaal bestuur en een gemeenschappelijke uitvoeringsorganisatie van en voor de 21 gemeenten. Dat vraagt van de bestuurders van de gemeenten/GGD:

- solidariteit, samen risico's delen en beleidskeuzes maken;
- een goede balans te vinden tussen eigen gemeentebelang, het regionaal belang en een gezamenlijk GGD-belang;
- een goede balans te vinden als opdrachtgever/klant enerzijds en als eindverantwoordelijke voor het bedrijf GGD anderzijds;
- transparantie en het afleggen van verantwoording vanuit het GGD bestuur naar de deelnemende gemeenten.

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 met ontwikkelingen, nieuwe inzichten en nieuwe behoeften en wensen vanuit de samenleving en onze gemeenten. Verbeteringen en innovaties dienen permanent geborgd te zijn in de cultuur en werkwijze van de GGD.

Gemeenten zijn niet de enigen die toezien op het goed functioneren van de GGD. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de GGD. De inspectie toetst in hoeverre de GGD voldoet aan de kaders voor goed bestuur, wettelijke eisen, aanvaardde professionele standaarden en veldnormen. Daarnaast wil de GGD blijven voldoen aan de (landelijke) HKZ-kwaliteitsnorm. De GGD wordt hierop jaarlijkse ge-audit door een extern auditbureau.

4. Relevante ontwikkelingen

In dit hoofdstuk schetsen we de algemene ontwikkelingen waarmee de GGD te maken heeft. Deze algemene ontwikkelingen hebben invloed op meerdere pijlers van de GGD. De specifieke, pijler gebonden ontwikkelingen treft u in hoofdstuk 5 aan.

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 verantwoordelijkheid van burgers (deels) over in kwetsbare situaties of in situaties waarop burgers nauwelijks of geen invloed hebben (bijv. gezondheidsrisico's in hun fysieke leefomgeving).

Ontwikkelingen in het sociale domein

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

De gemeenten staan binnen het nieuwe domein voor de opgave een transformatie te realiseren; met minder geld meer maatwerk te leveren, preventie beter 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 maatgevend.

Gezondheid in een breed perspectief

Gemeenten zijn bezig met een heroriëntatie op gezondheid, zorg en 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 wordt in toenemende mate gezien 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 Rijksbeleid

Landelijk stimuleringsprogramma betrouwbare publieke gezondheid

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

Het landelijk stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid is bedoeld om:

- a. Meer zicht te krijgen op de inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid;
- b. De pijlers van de GGD'en uit te bouwen en te versterken;
- c. De relatie van de publieke gezondheid in het sociaal domein te versterken. Het gaat er hierbij om dat gemeenten en ketenpartners op strategisch en operationeel niveau gestimuleerd worden om effectieve verbindingen te leggen tussen publieke gezondheid en het sociale domein. De GGD kan desgewenst nieuwe taken oppakken die voortvloeien uit de decentralisatie in het sociale domein. Concrete voorbeelden zijn het onderzoeken van calamiteitenmeldingen in het kader van de WMO, het ontwikkelen en monitoren van output indicatoren in het sociale domein en het ontwikkelen van wijkprofielen en daaraan gekoppelde interventies.

Het preventiebeleid van het Rijk

Het Rijk continueert de komende jaren het ingezette preventiebeleid en houdt vast aan de (eerder) gestelde doelen (zie brief minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, dec. 2015):

- De gezondheid van mensen bevorderen en chronische ziekten voorkomen door een integrale aanpak in de omgeving waarin mensen wonen, werken, leren en leven.
- Preventie een prominente plaats geven in de gezondheidszorg.
- Gezondheidsbescherming op peil houden en nieuwe bedreigingen het hoofd bieden.
- Stabiliseren en terugbrengen van gezondheidsverschillen tussen laag- en hoogopgeleiden.

Het voornoemde landelijke stimuleringsprogramma publieke gezondheid dient aan deze doelstellingen bij te dragen.

In het preventieprogramma van het Rijk blijven een gezonde leefstijl en een gezonde leefomgeving belangrijke speerpunten. Er is steeds meer aantoonbare samenhang tussen leefstijl en veelvoorkomende problemen als overgewicht, dementie, suikerziekten op jonge leeftijd. 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 houden.

Marktwerving in de zorg

De toegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare groepen kan door marktwerving bemoeilijkt worden. Een voorbeeld is de eigen bijdrage bij zorgverzekeringen, die de afgelopen jaren gestegen is en voor veel kwetsbaren een drempel is voor zorg. Een ander voorbeeld is het feit dat in Nederland veel personen geen zorgverzekering hebben.

Bij bepaalde taken van de GGD speelt een vorm van marktwerving in de zin dat er andere aanbieders op de markt zijn die een dergelijke taak uitvoeren of zouden kunnen uitvoeren en/of dat de opdrachtgever of klant de vrijheid heeft zelf zijn aanbieder te kiezen:

- Ambulancezorg: er is per regio 1 aanbieder en van echte keuzevrijheid voor de klant is dus geen sprake. Er zijn plannen van het Rijk om ambulancezorg landelijk aan te besteden (1 vergunninghouder per regio, dat mag een commerciële aanbieder zijn of een publieke aanbieder). Ambulancezorg moet ook geborgd zijn bij rampen (opschalen). Dit valt moeilijk te rijmen met winstoogmerk. Verder zijn regionale inbedding en regionale bekendheid van de ambulancezorg belangrijk. Bij een (Europese) aanbesteding kunnen partijen uit andere regio's of uit het buitenland de markt betreden. Verder staat marktwerving en concurrentie de noodzakelijke samenwerking met de publieke partners (politie, brandweer, gemeenten) eerder in de weg dan dat het samenwerking bevordert. Voor de besturen van GGD en Veiligheidsregio zijn bovenstaande argumenten in 2014 voldoende reden geweest om ambulancezorg als publieke voorziening in de toekomst te willen blijven borgen.
- Reizigerszorg: hier is wel sprake van keuzevrijheid voor de klant. De klant betaalt zelf de kosten van het consult en de vaccins en kan deze verhalen bij de zorgverzekeraar. Bij de meeste zorgverzekeraars maakt dit deel uit van het aanvullend pakket. De GGD moet deze taak kostendekkend uitvoeren. Door concurrentie staan prijzen onder druk en wordt het voor de GGD steeds moeilijker om tijdens het consult goede voorlichting te geven (daar is steeds minder tijd voor). Die voorlichting is echter wel noodzakelijk: een groot deel van de reizigers gaat nog steeds onbeschermd naar verre landen en loopt het risico een infectieziekte op te lopen en in Nederland te importeren. In sommige regio's worden GGD'en door hun gemeenten gefaciliteerd via de inwonerbijdrage om deze voorlichtingstaak te kunnen uitvoeren (in onze regio is dat niet het geval).
- Forensische diensten voor de politie: de politie koopt forensische diensten bij de GGD in (arrestantenzorg, sporenonderzoek, zedenonderzoek, ademtesten e.d.). Een aanbesteding in 2015 is mislukt omdat er onvoldoende marktwerving bleek te zijn in Nederland om deze taak uit te voeren (er is bijv. geen aanbod gekomen vanuit huisartsen om arrestantenzorg te verzorgen). Naar onze mening is forensische geneeskunde (in al haar uitingsvormen dus ook incl. lijkschouwingen en euthanasieverklaringen) een publieke taak die niet via inkoop/aanbesteding geregeld dient te worden. Landelijk buigt een adviescommissie zich over dit vraagstuk.

Rijksbeleid met betrekking tot drugspreventie

In het landelijk drugsbeleid wordt een balans gezocht tussen repressieve en preventieve maatregelen. Het volksgezondheidsperspectief wordt steeds meer meegewogen in het rijksbeleid. Onder jongeren en jongvolwassenen is het steeds meer "normaal" geworden om softdrugs te gebruiken, met name tijdens het uitgaan. Vanuit het preventiebeleid wil het Rijk schade aan gezondheid voorkomen. Pijlers van dat preventiebeleid zijn: jongeren informeren, ouders ondersteunen, het versterken van samenwerking tussen gemeenten, uitgaanssector en gezondheidsprofessionals, intensiveren en uitbreiden van monitoring. Samen met onze gemeenten willen we de regio Zuidoost-Brabant positioneren als een pilotregio voor de implementatie van het rijksbeleid.

Depressie- en suïcidepreventie

Het aantal suïcides ligt in onze regio hoger dan in de rest van Nederland. Een aantal organisaties in onze regio heeft de handen ineen geslagen om dit aantal te laten afnemen via een brede programmatische aanpak. Het programma bevat de volgende vijf pijlers: interventies, scholing, publiekscampagne, ketensamenwerking en monitoring. De GGD heeft in het programma een coördinerende en uitvoerende rol.

Demografische ontwikkelingen

Afname jongeren 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 en de voorzieningen toch toegankelijk, op niveau en betaalbaar te houden. Collectieve preventie, als taakgebied van de GGD, draagt op termijn bij aan daling van de zorgkosten.

Kwetsbare groepen: vluchtelingen, (arbeids)migranten en verwarde personen

De afgelopen jaren zijn veel arbeidsmigranten en vluchtelingen naar Nederland gekomen om zich hier tijdelijk of permanent te vestigen. Deze groepen lopen extra gezondheidsrisico's en vragen om extra zorg of een tijdelijk vangnet. De komende jaren zullen vluchtelingen met een verblijfsstatus (de zgn. statushouders) huisvesting krijgen in gemeenten. Ook zal gezinshereniging gaan plaatsvinden. Het is belangrijk dat deze mensen wegwijs worden gemaakt in onze samenleving (waaronder ook de gezondheidszorg) en worden voorbereid om te kunnen participeren (onderwijs, vrijwilligerswerk of betaald werk). In het Uitwerkingsakkoord Verhoogde Asielinstroom (april 2016) is afgesproken dat gemeenten tot een lokale integrale aanpak voor preventie komen ten behoeve van de gezondheid van statushouders.

De GGD heeft ervaring met asielzoekers die in de asielzoekerscentra verblijven en deze ervaring kan ook worden ingezet om een verbindende en preventieve rol spelen m.b.t. de gezondheid van statushouders. Statushouders vragen een extra inspanning van de GGD op de taakvelden jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering en infectieziektebestrijding (o.a. vervolgscreeningen tuberculose). De GGD heeft een regio coördinator aangesteld die gemeenten ondersteunt bij het maken van de lokale aanpak. Er zijn/komen landelijke tools beschikbaar.

Naar schatting verblijven er in onze regio ca. 30.000 arbeidsmigranten. Een groot deel hiervan vindt zijn weg in Nederland of keert later terug naar het land van herkomst. Maar een deel behoort tot de risicogroep en vraagt extra zorg.

Daarnaast zien we een toename van het aantal verwarde personen in de samenleving.

De gemeenschappelijke noemer voor bovenstaande kwetsbare groepen in relatie tot de rol van de GGD is de (on)toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor deze groepen. De GGD heeft de mogelijkheden om via haar kennis van gezondheid en gezondheidszorg en haar netwerken een bijdrage te leveren aan het oplossen van knelpunten of hiaten in die toegankelijkheid.

De effecten van bovengenoemde demografische ontwikkelingen (ontgroening, vergrijzing, migratie, toename verwarde personen) voor de kerntaken van de GGD zal de komende tijd inzichtelijk gemaakt worden (naar omvang en aard) en krijgt de komende jaren zijn beslag in begrotingen en productenboeken.

De informatiemaatschappij

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. Bovendien hebben veel mensen moeite met de hoeveelheid informatie die op hen afkomt. GGD'en kunnen hierin een rol spelen door burgers te voorzien van of te verwijzen naar betrouwbare informatie(bronnen) en burgers te helpen bij het afwegen van de informatie (duiding). Een voorbeeld hiervan is de landelijke GGD Appstore die gevuld wordt met Apps die door GGD'en beoordeeld zijn. Andere voorbeelden zijn vragen die bij burgers opgeroepen worden naar aanleiding van incidenten (bijvoorbeeld asbest) of "nieuwe" wetenschappelijke inzichten (bijvoorbeeld rubber korrels in kunstgras of gezondheidseffecten van intensieve veehouderij) en waarbij de GGD duidelijke en betrouwbare informatie en een handelingsperspectief probeert te geven.

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 domoticatoepassingen is van evident belang. Naast deze technische snufjes is het traject van in gebruik nemen van deze mogelijkheden een onderwerp dat aparte aandacht verdient. GGD'en kunnen een rol spelen bij het verbinden van de vraag naar en het aanbod van dit soort technische toepassingen (bijv. via ons klantenpanel).

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 steeds vaker ingezet om gezond gedrag bij mensen te stimuleren, (mantel)zorgers te ontlasten, gezondheid te monitoren en/of metingen op afstand te kunnen doen. Het gebruik van (online) zelftesten en zelfmetingen neemt toe. De GGD wil de mogelijkheden (en beperkingen) van voornoemde technologische ontwikkelingen actief opzoeken en waar mogelijk in haar eigen diensten implementeren. Voorbeelden hiervan zijn de invoering van de SOA zelftest die online bij de GGD besteld kan worden en het mogelijk maken van digitale onlineafspraken voor spreekuren en contactmomenten.

Een gezonde leefomgeving

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 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.

De GGD streeft naar een veilige en gezonde woon- en leefomgeving voor alle burgers. Een gezonde leefomgeving kan gezond gedrag stimuleren en faciliteren en als inspiratiebron fungeren voor innovatieve oplossingen. Gezondheid wordt vaak nog onvoldoende of te laat 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 in hun beleid mee te nemen. Het is een uitdaging om dit op het terrein van intensieve veehouderij en ruimtelijke ordening verder vorm te geven.

In de nieuwe Omgevingswet heeft gezondheid een belangrijke plek gekregen. Verder is in Brabant door 15 organisaties de Brabantse Health Deal afgesloten. In deze deal wordt gezondheid centraal gesteld bij ruimtelijke ontwikkeling en verstedelijking. Ook de GGD Brabant-Zuidoost is deelnemer aan dit programma. De omgevingswet en de Brabantse Health Deal brengen kansen en verandering met zich mee voor gemeenten waarop we ook vanuit de GGD moeten anticiperen. De GGD wil bewaken en bevorderen dat gezondheid in een vroeg stadium wordt meegewogen in omgevingsvisies en ruimtelijke plannen van gemeenten omdat dat de beste garanties biedt voor gezondheidswinst (beter dan achteraf repareren). Daarbij willen we onze advisering aan de voorkant afstemmen met de omgevingsdienst en de veiligheidsregio.

5. De pijlers van de GGD

De GGD voert een breed scala aan taken uit voor gemeenten. Deze taken zijn geclusterd in zeven pijlers die in dit hoofdstuk worden beschreven:



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 de afgelopen jaren werden onze gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning (WMO) en de nieuwe Participatiewet. Hulp- en ondersteuningsvragen zijn opnieuw geformuleerd en georganiseerd. Gemeenten staan voor de opgave om samen met partners en burgers alle krachten te bundelen en te benutten. Na een periode van regelen van zorg zijn gemeenten nu toe aan preventie.

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 hoort 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 en informatie uit patiëntendossiers en kinddossiers.

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

Wij zijn van mening dat de combinatie van kennis uit onderzoek (wetenschappelijk onderzoek en praktijkonderzoek) met de empirische praktijkkennis en kunde van onze medewerkers een kracht is bij het ondersteunen van onze gemeenten bij het formuleren van hun beleid.



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

We zien dat de het Lokaal Gezondheidsbeleid van gemeenten steeds meer gecombineerd wordt met de 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 via lokale teams. 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.

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).

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 gemeenten 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 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. Samen met onze gemeenten willen we de kennisstructuur voor het sociaal domein door ontwikkelen in aansluiting op de landelijke monitor. We willen inzetten op de samenhang tussen de verschillende monitors en bundeling van kennis die ontwikkeld wordt ten behoeve van integraal werken in de wijk. Wijkprofielen kunnen hierbij behulpzaam zijn.

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

De GGD heeft in 2016 de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) opgeleverd die bestaat uit 21 gemeentelijke E-books. Hierin zijn de belangrijkste ontwikkelingen en kernboodschappen op het gebied van gezondheid geschetst. Deze VTV zal als basisinput dienen voor het lokale beleid de komende jaren.

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 buurniveau (pilots). Het blijft 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

Infectieziektebestrijding



Infectieziekten kennen een voortdurende onvoorspelbare dynamiek.

We blijven te maken krijgen met nieuwe of opnieuw opkomende infectieziekten zoals MRSA, Zika virus, Ebola, Hepatitis C en SARS.

Door de sterk toegenomen internationale mobiliteit kunnen we ons niet volledig wapenen tegen dreigingen van infectieziekten. Reizigers naar verre landen zijn zich nog vaak onvoldoende bewust van de besmettingsrisico's waardoor zij besmettingen kunnen importeren in Nederland (via een vakantie, zakenreis enz.). Zeker in onze regio 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 (ABR) 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 tuberculose.

Landelijk wordt de aanpak van antibioticaresistentie geïntensiveerd (zie kamerbrief van minister Schippers, 7 juli 2016). Er komen extra middelen voor beschikbaar, oplopend van 7,5 miljoen in 2017 tot 15 miljoen vanaf 2019 (structureel). Bij de aanpak is een belangrijke rol weggelegd voor regionale zorgnetwerken waarin curatieve zorg, langdurige zorg en GGD samenwerken. In vijf pilotregio's (waarvan Brabant er een is), worden vormen van transmurale samenwerking op het terrein van ABR opgezet.

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. Deze interactie kan onder meer worden voorkomen via basale hygiëne. Het bevorderen van basale hygiëne thuis, in zorginstellingen en op scholen en kinderdagverblijven wordt daarom belangrijker.

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. 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 uitbouwen en daarin een centrale verbindingsrol blijven spelen. We zullen een verbindende rol hebben bij het op te zetten regionale zorgnetwerk antibioticaresistentie.



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 focuspunten

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 (vakantiereizen, zakenreizen, migratie, familiebezoek, e.d.). In Nederland wordt tuberculose jaarlijks bij 800 à 900 mensen gediagnosticeerd. In onze regio bij 40 à 50 mensen per jaar. Het streven is om de komende jaren het aantal tuberculose patiënten verder terug te dringen. We screenen de risicogroepen (migranten uit epidemische landen) en blijven voorbereid op een plotselinge uitbraak.

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 van 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 die gerelateerd kunnen worden aan dieren (de zgn. zoönosen).

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 de volgende deeltaken: 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 op lokale ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en milieu. Met name de komst van de omgevingswet (zie hoofdstuk 4) zal een belangrijk kader en impuls vormen voor medische milieukunde. 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, zwemwater 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. Diverse recente onderzoeken tonen aan dat er gezondheidsrisico's zijn voor personen die in de buurt wonen bij (clusters van) veehouderijen. Het gaat dan met name om de risico's van blootstelling aan geur, fijn stof, endotoxinen en ammoniak. Het terugdringen van uitstoot van en blootstelling aan deze stoffen is noodzakelijk. De GGD voert risico inschattingen uit en adviseert gemeenten over het te voeren beleid in deze.

5.3 Publieke Gezondheid bij incidenten, rampen en crises

Regelmatig worden we opgeschrikt door grote rampen of incidenten (MH17, terreuraanslagen, extreem weer) of 'kleine' ingrijpende gebeurtenissen (een tragisch ongeval, suïcide of zedendelict).

Beide hebben een maatschappelijke impact.

In Nederland zitten we in een overgangsfase van klassieke rampenbestrijding waar regels, normen, afrekencultuur, zero-risks, overheidssturing en geloof in maakbaarheid centraal staan naar moderne crisisbeheersing waar deregulering, risicogerichtheid, kwetsbaarreductie en risicocommunicatie meer centraal staan. Bovendien wordt de zorg voor veiligheid en risicobeheersing steeds meer gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid tussen overheden, organisaties/bedrijven en burgers.

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 met betrekking tot jeugd(zorg).

Al deze ontwikkelingen zijn richtinggevend voor de werkzaamheden van de GGD. De GGD wil de continuïteit in haar taken niet alleen borgen bij "externe" rampen maar ook bij incidenten die de GGD als bedrijf kunnen raken (zoals uitval van stroom of communicatiemiddelen).

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 willen daarbij voortdurend leren van lessen die geleerd zijn bij incidenten of rampen elders en in het verleden. Het is van belang dat de ervaringen uit het verleden worden toegepast in de toekomst (bijv. bij de uitbraak van Q-koorts). 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 (voorbereiden) 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. In de praktijk vult de DPG deze rol in via voorbereidingen zoals oefeningen en periodiek werkoverleg en tijdens acute rampen, als die zich voordoen.

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, 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.

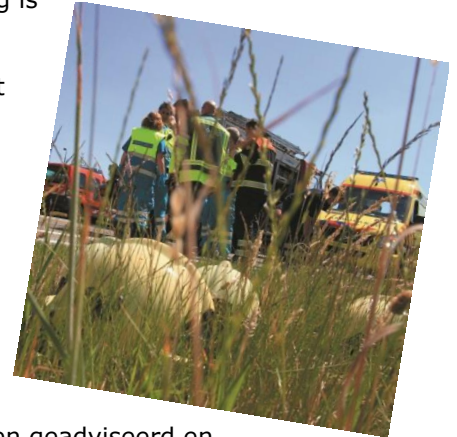
In acute situaties dient de GGD de professionele regie te kunnen voeren op de uitvoering van taken, bijv. bij het uitvoeren van vaccinatieprogramma's bij een griep пандemie.

Verder adviseert en ondersteunt de GGD gemeenten en scholen bij kleinschalige incidenten zoals suïcides (zelfdoding), zedenzaken en ongevallen. Ervaring leert dat goede ondersteuning van getroffenen waarbij rekening wordt gehouden met hun veerkracht, 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.

De komend tijd zullen we inspelen op de volgende ontwikkelingen:

- Een werkwijze die meer gebaseerd is op risico inschatting in plaats van protocollen toepassen. Het gaat hierbij niet zozeer om toepassen van regels maar om gedragsbeïnvloeding, bevorderen van zelfredzaamheid en een helder verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheden, burgers en bedrijven. Toepassen van een brede en samenhangende benadering waarbij zowel de fysieke als de sociale veiligheid worden meegenomen.
- Flexibele vormen van op- en afschaling in onze taken.
- Meer aandacht voor risico- en crisiscommunicatie als kritische factor bij incidenten, rampen en crises.
- Verder versterken van ons netwerk in de witte kolom.
- Actief signaleren van (nieuwe) risico's. Een risico zien we als het product van kans *effect* kwetsbaarheid.



5.4 Toezicht houden

Toezicht houden is geen doel op zich maar staat ten dienste van de gezondheid en veiligheid van mensen. Onder toezicht verstaan we het verzamelen van informatie over een voorziening of activiteit teneinde een oordeel te geven of deze voldoet aan de gestelde eisen en eventueel naar aanleiding daarvan te interveniëren.

Eisen waaraan een voorziening of activiteit moet voldoen liggen meestal vast in wet- en regelgeving, vergunningseisen of in veldnormen. Er zijn verschillende vormen van toezicht: routinematig toezicht, proactief, risico gestuurd toezicht of reactief (incidenten) toezicht.

Gemeenten hebben in toenemende mate de plicht om toe te zien op de kwaliteitseisen van voorzieningen en daarop, indien nodig, handhavende maatregelen te nemen.

In de toezichtrol van de GGD zitten vier zwaartepunten:

Toezicht Kinderopvang

Naar verwachting zullen de wettelijke kwaliteitseisen m.b.t. kinderopvang en peuterspeelzalen per 1.1.2018 wijzigen. Ook de toezichteisen zullen veranderen. 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. In 2017 wordt e.e.a. uitgewerkt en bereidt de GGD zich voor (o.a. scholing toezichthouders). De GGD ziet toe op alle vormen van kinderopvang in de hele regio (kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, buitenschoolse opvang en gastouderopvang). We zien elke kinderopvang voorziening jaarlijks en gastouders op basis van een steekproef. Bezoeken zijn in principe onaangekondigd. Dit toezicht is risico gestuurd. Jaarlijks wordt per gemeente een toezichtplan overeengekomen. We streven ernaar om het toezicht op de kinderopvang beter te laten aansluiten op de verantwoordelijkheden van de ouders en ondernemers. We willen, aansluitend 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

Alle gemeenten in onze regio hebben de GGD aangewezen als de toezichthoudende instantie op de uitvoering van de WMO. Het gaat dan met name om incidententoezicht: nader onderzoek uitvoeren naar aanleiding melding van calamiteiten, geweldsincidenten of aanhoudende klachten bij voorzieningen. Deze taak wordt op contractbasis uitgevoerd. Gemeenten zijn zoekend naar passende vormen van proactief toezicht op de WMO-voorzieningen. De GGD heeft naar aanleiding van uitgevoerde pilots in Eindhoven diverse mogelijkheden aangeboden voor proactief toezicht zoals thematisch toezicht, risico gestuurd toezicht of toezicht op nieuwe aanbieders. Het is aan gemeenten om hierin keuzes te maken.

Toezicht op evenementen

Bij de meeste grote evenementen in de regio wordt de GGD ingezet om toe te zien op met name de naleving van hygiënerichtlijnen en te adviseren over gezondheidsrisico's. Gemeenten zijn als vergunningverlener de opdrachtgever. Bij dit toezicht wordt intensief samengewerkt met de GHOR en de Brandweer. De landelijke richtlijnen met betrekking tot evenementen worden gemoderniseerd.

Toezicht op tatoeage- & piercingshops

Het ministerie van VWS heeft de GGD in het kader van de Warenwet gemandateerd om toe te zien op tatoeage- en piercingshops. Het GGD heeft daarmee het recht om vergunningen af te geven, te verlengen of te weigeren (een vergunning is 3 jaar geldig).



5.5 Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar

Rijksbeleid met betrekking tot jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg

Jeugdgezondheid (JGZ) blijft de preventieve basisvoorziening, die aan alle kinderen en hun opvoeders wordt aangeboden (in de Wet PG geregeld). Het doel van JGZ is dat alle kinderen gezond opgroeien en zich in een veilige en stimulerende omgeving kunnen ontwikkelen. Binnen het landelijke professioneel kader jeugdgezondheid (dat in 2015 is herzien) is er ruimte voor differentiatie en maatwerk, zodat preventie op persoonlijke maat kan worden aangeboden. JGZ bekijkt samen met kind en ouder wat nodig is om gezond op te groeien, zich aan te passen, zelfredzaam te zijn en deel te nemen aan de maatschappij. En met ouders naar wat zij nodig hebben om hun kind gezond op te voeden. Focus van JGZ ligt op preventie middels informeren en (vroeg)signalering, maar ook in normaliseren en (de)medicaliseren.

Wanneer intensievere ondersteuning nodig is, schakelt JGZ deze in en de jeugdarts kan rechtstreeks verwijzen naar jeugdhulp en de tweedelijns gezondheidszorg. Bij het afschalen en afschakelen van zorg kan JGZ in kader van haar reguliere taak de ontwikkeling van het kind blijven monitoren. Nauwe samenwerking met lokale wijkteams, onderwijs, kinderopvang, huisartsen enzovoorts is een noodzakelijke voorwaarde die in ons regulier werk is geborgd.

De transitie en transformatie van de jeugdzorg moet ervoor zorgen dat er een verschuiving komt naar preventie. Hierbij staat als eerste het versterken van de basiszorg rond het kind en het gezin voorop. Doel is dat hulpvragen sneller opgepakt worden, gezinnen niet meer bij meerdere hulpverleners tegelijkertijd aan hoeven kloppen, processen beter begeleid worden en samen met opvoeders, kind en omgeving gezocht wordt naar mogelijkheden om de gewenste situatie voor het kind en gezin te realiseren.

Het verschuiven van de transitie van de jeugdzorg naar een transformatie waarin ook aandacht is voor het scheppen van een stimulerende, positieve omgeving waarin kinderen kunnen opgroeien, verdient de komende jaren nog volop aandacht.

Decentralisatie Rijks Vaccinatie Programma (RVP)

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 om de collectieve verspreiding van infectieziekten te voorkomen (in Nederland geldt een norm van 95% voor de vaccinatiegraad). Individuele en collectieve voorlichting wordt steeds belangrijker aangezien steeds meer ouders en jongeren twijfels hebben over het vaccineren. Momenteel worden op landelijk niveau de inhoudelijke en financiële kaders van de decentralisatie bepaald. De GGD zal met haar gemeenten in 2017 afspraken moeten maken over de uitvoering van het RVP. We geven de voorkeur aan een gemeenschappelijk financieringsmodel voor alle 21 gemeenten waarbij de administratieve last beperkt blijft en waarin ook ruimte is ingebouwd voor voorlichting.

JGZ 2020

De GGD is bezig met een fundamentele herziening van de werkwijze bij JGZ met als doel:

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

Het resultaat sluit naadloos aan op de inhoud van het in 2015 van kracht geworden landelijk professioneel kader JGZ.



De GGD heeft met JGZ 2020 de ambitie dat:

- Het bereik van JGZ verder wordt verhoogd, waarbij *ouders en pubers* vanuit een positieve insteek kiezen voor het gebruik van JGZ
- Voorkomen wordt dat kinderen die in de knel zitten, kinderen in nood worden.
- Kinderen bij JGZ een positieve associatie hebben, die mee weegt in de latere keuze als ouder voor JGZ.

Dit houdt in dat het kind en de ouder als klant centraal staat bij het wat en het hoe. Met het kind en ouders wordt overlegd wat er nodig is om het kind gezond te laten opgroeien en wat ouders nodig hebben op het kind gezond te laten opgroeien. JGZ wordt op maat aangeboden en in aansluiting op wat het kind, gezin en zijn omgeving zelf kan. Het kind/de ouder bepaalt in overleg met de JGZ-er wat zij van JGZ verwacht. Uitzondering zijn kinderen die in de knel zitten en waarbij geen sprake is van een gezond opvoedklimaat. In die gevallen neemt JGZ haar verantwoordelijkheid als ambassadeur van het kind.

Hiermee draagt JGZ bij aan het vergroten van de groep veerkrachtige kinderen en het voorkomen dat kinderen in de knel, kinderen in nood worden.

Kinderen in nood

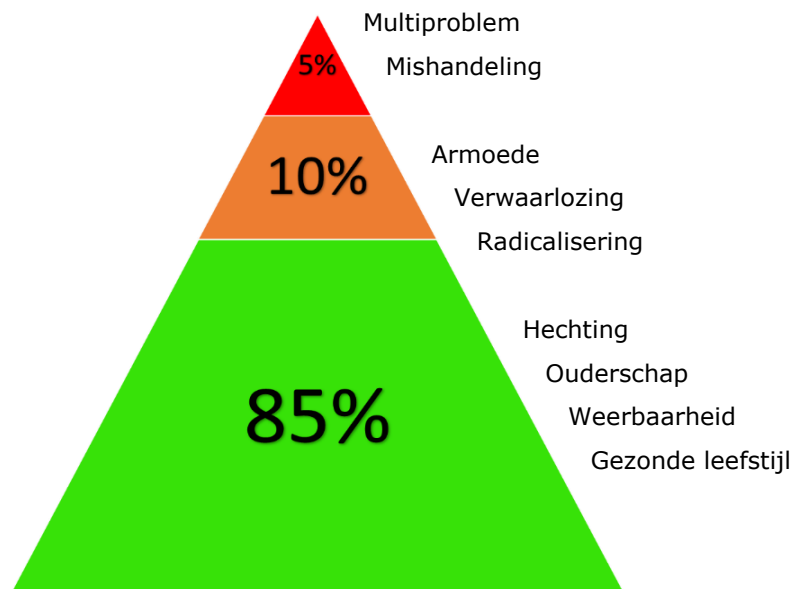
(beschadigde kinderen)

Kinderen in de knel

(kwetsbare kinderen)

Kinderen in hun kracht

(veerkrachtige kinderen)



De pilots die de GGD samen met Zorgboog en ZuidZorg in vier gemeenten begin 2017 start in het kader van een eigentijdse JGZ voor 0-18 jaar, het programma 'groei', sluiten hier naadloos op aan. Eind 2017 worden deze pilots geëvalueerd en volgt er een voorstel voor het vervolg.

Conform planning zal in 2017 de GGD dezelfde applicatie voor het medisch kinddossier (DDJGZ) als Zorgboog en ZuidZorg in gebruik nemen. In verband met de privacywetgeving zal het voor professionals van de drie organisaties niet mogelijk zijn om bij

'elkaars' dossiers te kunnen.

5.6 Ambulancezorg



De GGD voert de ambulancezorg uit in onze regio. De financiering komt van de zorgverzekeraars.

Concreet gaat het om de volgende producten:

- Spoedeisende ambulancezorg.
- Rapid Responder.
- Niet-spoedeisende ambulancezorg (bestelde zorg).
- Nicu ambulancezorg (pasgeborene).

De ambulancezorg in Nederland is vastgelegd in de Tijdelijke wet ambulancezorg. Deze wet vervalt per 31/12/2019. Oorspronkelijk was dit 1/1/18, echter het kabinet heeft besloten om deze periode met twee jaar te verlengen om een betere aansluiting te vinden bij de Europese wet/regelgeving. Eind 2019 loopt de huidige vergunning voor de ambulancezorg in onze regio af.

Momenteel wordt er een fundamentele discussie gevoerd over marktwerking in de zorg versus publieke borging. De huidige vergunning is verleend aan de Veiligheidsregio, bestuurlijk is afgesproken dat de vergunning per 1.1.2020 overgaat naar de GGD (de uitvoering is reeds in handen van de GGD gelegd). 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. Als tussenstap hebben de 10 meldkamerregio's de opdracht ontvangen om eigenstandig een gemeenschappelijke meldkamer op te richten. Concreet betekent het dat de meldkamer Oost-Brabant gesitueerd wordt in 's-Hertogenbosch. Gestreefd wordt om dit per 1 april 2018 gerealiseerd te hebben. Vanaf 2020 wordt de landelijke meldkamerorganisatie gevormd. Voorts wordt momenteel bestuurlijk overwogen om de werknemers van de meldkamer in onze regio onder te brengen bij de GGD.

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.

In de wet wordt ambulancezorg benadrukt als een ongedeelde proces. De besturen kunnen evenwel zelf bepalen vóór de overdracht van de meldkamerlocatie waar en hoe het werkgeverschap van het meldkamerpersoneel voor de monodisciplinaire taakuitvoering van de ambulancevoorziening wordt belegd.

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 (ongeveer 20% in de afgelopen 4 jaar). De helft van de waargenomen verschillen kan worden verklaard door demografische invloeden. De andere helft van de groei blijft vooralsnog onverklaard.

De komende jaren zullen we ons blijven inspannen om de operationele prestaties van de ambulancezorg kwalitatief 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.

Er heeft een hernieuwd onderzoek plaatsgevonden naar de optimale spreiding van standplaatsen en benodigde paraatheid. De uitkomsten van dit onderzoek worden eind 2016 aangeboden aan het bestuur. De belangrijkste bevindingen van het onderzoek zijn;

- Dat er aantal locatie verschuivingen noodzakelijk zijn om een betere dekking te kunnen garanderen.
- Dat er meer zorgcapaciteit binnen bestaande budgetten vrijgespeeld moet worden (de integratie van de ambulanceorganisatie in de GGD en het terugbrengen van inhuur derden geeft extra financiële ruimte).
- Dat er extra financiële middelen vanuit zorgverzekeraars komen vanaf 2017 ten behoeve van extra zorgcapaciteit.

Tot slot dient te worden vermeld dat de GGD er continue naar streeft dat de ambulancezorg zo goed mogelijk afgestemd blijft op de zorgvraag van de patiënt. Waar nodig leidt dit tot zorgdifferentiatie. Zo is er in 2016 door de ambulancezorg gestart met de implementatie van een zogenaamde babyulance 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 of betekenis voor 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 taak die momenteel 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. Bestaande contracten zijn verlengd tot 1 januari 2018.

Zowel landelijk als regionaal worden nieuwe afspraken gemaakt over de continuering van deze dienstverlening. De GGD ziet haar forensische taken als een publieke taak en als een samenhangend en ongedeeld geheel. We hopen dat er een passend financieringsmodel wordt gevonden bij deze publieke taak.

- *Publieke Gezondheid asielzoekers:* het uitvoeren van de wettelijke taken op het terrein van publieke gezondheid voor de asielzoekerscentra in onze regio (momenteel in Cranendonck, Oirschot en Eindhoven). Deze taken worden gefinancierd door het COA. Het gaat om infectieziektebestrijding, TBC bestrijding, hygiënezorg, jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering en coördinatie van de zorgketen.
- *Contractactiviteiten op projectbasis of met een incidenteel karakter.* Momenteel gaat het om opdrachten die wij voor 1 of meer gemeenten of derden op contractbasis uitvoeren zoals hepatitis B vaccinatie van risicogroepen (diverse organisaties in de regio), ondersteuning van mantelzorg, prostitutiebasiszorg, bijhouden van het register kinderopvang, uitvoering van lichte handhavingstaken kinderopvang en VVE-inspecties (allen voor Eindhoven), ondersteuning weerbaarheid (Somerend), Jong Helmond Lekker Gezond en het Nuts Ohra Project, cliëntervaringsonderzoek WMO (Asten, Nuenen en Son & Breugel), het project seksuele diversiteit (Eindhoven en Helmond), en inzet jeugdverpleegkundige als lid van lokale teams en de jeugdarts als specialist in lokale of regionale expertteams (diverse gemeenten), alcoholinterventie groep 7 in viertal gemeenten, project STORM (suïcidepreventie en depressie vroeg signalering), aanpak kwetsbare kinderen.

6. Financieel meerjarenperspectief

6.1 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. Met ingang van de begroting 2018 is een wijziging van de verantwoordingsvoorschriften Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten (BBV) van toepassing. Op grond van die wijziging dient de verantwoording en verdeling van kosten en baten, en met name van de overhead, op een andere wijze te geschieden dan tot nu gebruikelijk. Regelgeving voor gemeenschappelijke regelingen hieromtrent is nog niet exact bekend, maar bij de begroting 2018 zal hier uiteraard invulling gegeven worden.

Bijlage 2 geeft inzicht in de totale kosten en herkomst van de baten per pijler volgens de begroting 2017. Afgezien van specifieke besluitvorming naar aanleiding van deze kadernota zullen deze bedragen voor 2018 slechts marginaal wijzigen.

Allereerst worden in de volgende paragrafen ingegaan op het weerstandsvermogen en risicomanagement 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.

6.2 Weerstandsvermogen en 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 en Ambulancezorg 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 maximaal 5% van de gemeentelijke bijdrage voor het gezamenlijke pakket. Zodra dat niveau (dat is o.b.v. de begroting 2017 ca. € 600.000,-) bereikt is kan, op basis van het dan geldende risicoprofiel, besloten worden tot afroaming van de gemeentelijke bijdrage. Hoewel er gezien de financiële risicoanalyse, met name met betrekking tot activiteiten voor derden, 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 2020, met dus een hoger risicoprofiel, is besloten deze algemene reserve te bevriezen op het niveau van 2015 zijnde € 1.200.000, hetgeen correspondeert met ca 6,4% van de huidige omzet.

Om risico's te beheersen wordt door de GGD BZO actief risicomanagement ontwikkeld. Elk trimester staat het management in de marapgesprekken 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.

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

Ultimo 2015 is het streefniveau van de Algemene Reserve PG van € 600.000 bereikt, hetgeen er o.a. toe geleid heeft dat de gemeentelijke inwonerbijdrage structureel met € 100.000 is verlaagd, zijnde de 2^e tranche van de bezuiniging op huisvestingskosten. Verwacht wordt dat dit saldo ultimo 2016 afneemt tot ca. € 450.000, vanwege hoge eenmalige kosten in 2016 als gevolg van de stelselwijziging met betrekking tot verantwoording van vakantiegeldreservering.

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 voorshands geen grote schommelingen in exploitatieresultaten verwacht; de integratie van de RAV in de GGD en het terugdringen van de inhuur derden heeft zelfs geleid tot enige (noodzakelijke) ruimte voor uitbreiding van de paraatheid en formatie.

De eerder genoemde werkgroep van de vier gemeenschappelijke regelingen zal overigens naar verwachting in het voorjaar van 2017 ook met een gezamenlijk voorstel komen ten aanzien van (normen voor) weerstandsvermogen.

6.3 Programma Ambulancezorg (AZ).

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 van 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 Nederlandse Zorgautoriteit 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).

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

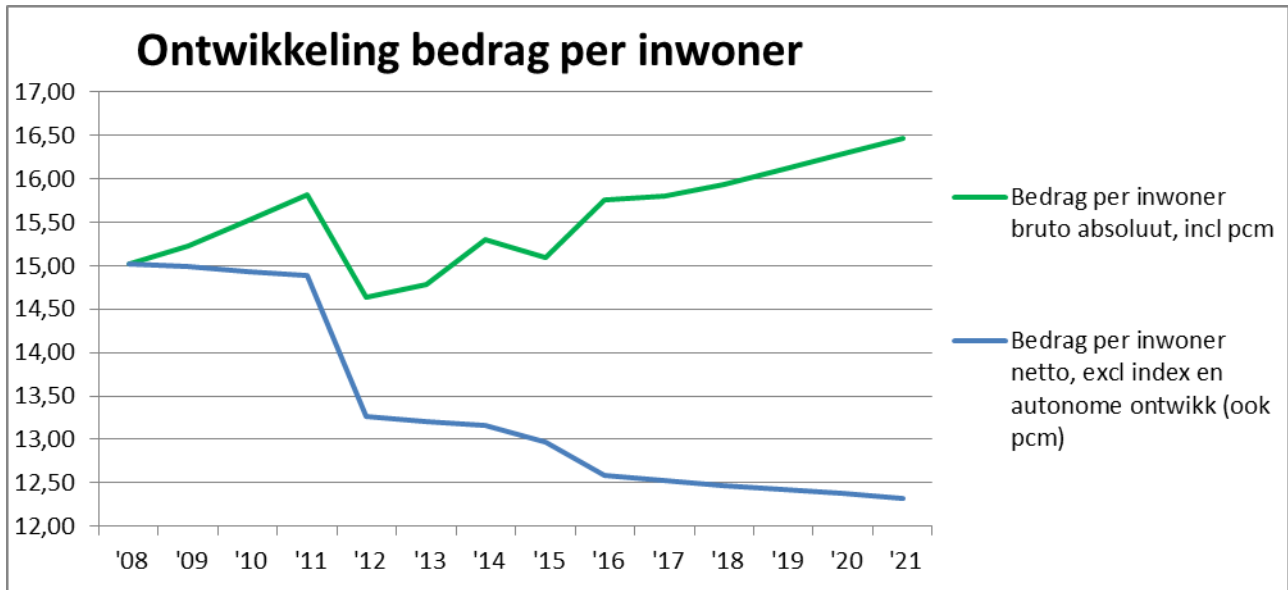
Qua bedrijfsvoering was de focus bij AZ de afgelopen jaren m.n. gericht op het terug dringen van de hoge inhuur derden en het, mede daaraan verbonden, herstructureringsplan bedrijfsvoering. Tezamen met de eerder gememoreerde herpositionering van de RAV, integraal bij GGD, moet dit o.a. leiden tot een concurrerende uitgangspositie voor de aanbesteding van de vergunningverlening per 2020. In 2017 wordt hier verder invulling aan gegeven. Hiermee zal dan naar verwachting ook het beschikbare budget van verzekeraars maximaal uit genut kunnen worden; vanwege de arbeidsmarktproblematiek inzake het tekort aan AZ-verpleegkundigen is dat tot nu niet gelukt. In 2016 wordt regionaal een onderzoek uitgevoerd naar de verbetermogelijkheden in de spreiding en beschikbaarheid van ambulances en ambulancestandplaatsen.

Tevens wordt landelijk een onderzoek uitgevoerd waarbij ook het huidige budget herijkt zal worden. Verwacht wordt dat onze regio uitbreiding van budget tegemoet kan zien. Beide zaken dienen te resulteren in een verbetering van de rijtijd-overschrijdingen. Het zal echter een uitdaging worden voldoende geschoold personeel te vinden om hier in invulling aan te kunnen geven. 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.

6.4 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 de tabel op de volgende bladzijde. Voor de komende jaren zijn de ontwikkelingen zoals hierna geschetst reeds meegenomen.



Welke majeure ontwikkelingen zien we?

Budgetafspraken en methode van indexering

Gemeenten en GGD maken tot nu toe telkens een budgetafspraken 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 eerder opgelegde bezuinigingen. Bij de inhoudelijke ontwikkelingen in de pijlers zijn weliswaar ontwikkelingen geschetst die mogelijk financiële consequenties kunnen hebben, maar die daartoe nog onvoldoende concreet zijn. Mocht daar aanleiding toe zijn dan zullen deze middels afzonderlijke dossiers voorgelegd worden. De decentralisatie van het RVP en het Uitwerkingsakkoord m.b.t. statushouders zullen zeker financiële consequenties hebben, maar nog onduidelijk hoeveel.

De eerder genoemde werkgroep van controllers van de vier gemeenschappelijke regelingen heeft o.a. voorgesteld de wijze van indexering voor de 4 GR'en met ingang van de begroting 2018 gelijk te trekken. Dit voorstel ligt momenteel (najaar 2016) nog voor bij de gemeenteraden, in deze kadernota wordt er vanuit gegaan dat het voorstel wordt aangenomen. In bijlage 5 worden de betreffende relevante onderdelen uit het voorstel weergegeven. Voortaan wordt de Macro Economisch Verkenning van het Centraal Plan Bureau in september gehanteerd. Voor 2018 betekent dit voor de GGD dat gerekend wordt met de volgende indexering:

Loon 70% * 1,4% = 0,98%

Prijs 30% * 0,8% = 0,24%

Totaal index 2018: **1,22%**

Indicatie inwonersbijdrage 2018 – 2021

Op basis van hiervoor genoemde 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 voor 2019 e.v. met een geschatte index van 1,5%.

	2018	2019	2020	2021
#inwoners (aanne + 0,4%/jaar)	759.673	762.711	765.762	768.825
gemeent. bijdr. p/inwoner progr begr '17	€ 11.324.000			
index (aanne '19 e.v. 1,5%/jaar)	€ 138.000	€ 172.000	€ 175.000	€ 177.000
totaal gemeent. bijdr. p/inw. geraamd	€ 11.462.000	€ 11.634.000	€ 11.809.000	€ 11.986.000
bedrag per inwoner gez. taken	€ 15,09	€ 15,25	€ 15,42	€ 15,59
gem bijdr pubercontactmoment prog begr '17	€ 632.000			
index (aanne '19 e.v. 1,5%/jaar)	€ 8.000	€ 10.000	€ 10.000	€ 10.000
gemeent. bijdr. Pubercontactmoment *	€ 640.000	€ 650.000	€ 660.000	€ 670.000
totaal gem bijdr gez.pakket geraamd	€ 12.102.000	€ 12.284.000	€ 12.469.000	€ 12.656.000
* 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 3 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 de Centra voor Jeugd en Gezin (ca. € 0,4 miljoen).

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

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. Met name ontwikkelingen in het sociaal domein bieden daartoe mogelijk nog kansen. Het is nu nog niet duidelijk vast te stellen of die opzet (volledig) geslaagd is.

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 4 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.

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. Als gevolg van de cao-wijziging bij AZ eind 2015 nemen de kosten van enkele garantieregelingen af en derhalve ook de betreffende bijdrage van Eindhoven hiervoor. Naar verwachting zal deze met ingang van 2017 vervallen. Per 2021 eindigt naar verwachting ook de garantieregeling waarvoor de regiogemeenten jaarlijks nog een bijdrage betalen.

Naast de reguliere bijdragen voor de JGZ-locaties resteert dan alleen nog de fusie-bijdrage van Eindhoven voor de uitloopschalen; dit betreft een langjarige verplichting die nog slechts geleidelijk afneemt, zie bijlage 4. Overigens kunnen bij het vervallen van een huurtermijn ook de specifieke bijdragen voor de JGZ-locaties tussentijds wijzigen, zulks uiteraard altijd en alleen in overleg met betreffende gemeente. Eindhoven en Helmond betalen hiervoor overigens een vaste bijdrage, omdat zij gebruik maken van onderzoeklocaties in de beide hoofdgebouwen.

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 structurele taken in dezen zijn Reizigersvaccinatie (ca. € 1,25 miljoen hoofdzakelijk particulieren), bijdragen Rijk voor SOA-bestrijding (ca. € 0,8 miljoen) en voor het Rijksvaccinatieprogramma (ca. € 250.000), Forensische diensten politie (ca. € 200.000) en Publieke Gezondheid Asielzoekers (ca. € 300.000). 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.

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

Ook de taken voor derden stonden 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 vooralsnog uit kan blijven voeren tot 1 januari 2018. De taak Publieke Gezondheid Asielzoekers (voor COA), die er in de loop van 2014 vanwege (her)opening van asielzoekerscentra weer is bijgekomen, is sinds toen gegroeid, maar daalt nu weer vanwege de daling van de instroom van asielzoekers. Het verloop in de toekomst is onvoorspelbaar en hangt mede af van de instroom van asielzoekers in Nederland. Ook is er vooralsnog tot medio 2017 een tijdelijke opdracht voor TBC-screening van asielzoekers bij gekomen. Of dit verlengd gaat worden is nog onduidelijk. Vooralsnog wordt per saldo 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 de begroting 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 april 2017 en er valt nog weinig te zeggen over een verwachting voor de nieuwe cao. De loonkostenontwikkeling vanaf 2017 is derhalve nog erg ongewis. Voor de indexering van de gemeentelijke bijdrage wordt uitgegaan van een vooraf door het CPB vast te stellen percentage. Of de kostenontwikkeling daar gelijke tred mee houdt valt nu dus nog niet te zeggen. Een eventueel verschil tussen de geraamde indexering en de werkelijke kostenontwikkeling wordt verrekend middels de algemene reserve.

Boventalligen

De boventalligheid die sinds 2008 binnen de GGD is ontstaan (ca. 15 fte) is in de afgelopen jaren via natuurlijk verloop en loopbaanbegeleiding nagenoeg volledig afgebouwd.

Bijlage 1 Taken per pijler

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

Bijlage 2 Financiering per pijler 2017

Pijlers	Financiering per pijler						
	Inwoner bijdragen gemeenten	Overige bijdragen gemeenten	Contract bijdragen gemeenten	Contract bijdragen rijk	Contract bijdragen zorgverzekeraars	Contract bijdragen derden	TOTAAL
Monitoren, signaleren en adviseren	2,18	1.650.000		100.000		25.000	1.775.000
Uitvoerende taken gezondheidsbescherming	2,85	2.155.000		1.035.000	70.000	1.400.000	4.660.000
PG bij incidenten, rampen en crises	0,60	455.000				20.000	475.000
Toezicht houden	0,11	80.000		1.000.000		20.000	1.100.000
Jeugdgezondheidszorg	8,67	6.563.000	127.000				6.690.000
<i>PuberContactMoment JGZ*</i>	<i>(0,84)</i>	632.000					632.000
Ambulancezorg	0,00	0	55.000	30.000	1.100.000	17.545.000	18.800.000
Aanvullende taken PG	0,27	205.000		1.100.000	185.000	515.000	2.005.000
<i>Bestuurskosten **</i>	0,29	215.000					215.000
<i>Aflopende rechtspos. bijdragen gemeenten</i>	0,00	0	248.000				248.000
totaal	14,97	11.955.000	430.000	2.230.000	2.320.000	17.615.000	36.600.000

* per 2016 is 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 2017 (€ 632.000) herrekend naar een bedrag per inwoner (0,84), 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 gezamenlijk takenpakket

Ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijk takenpakket 2018-2021, obv benoemde uitgangspunten in kadernota 2018																
Gemeente	#inwoners 1-1-2017	#inwoners 1-1-2018	#inwoners 1-1-2019	#inwoners 1-1-2020	2018			2019			2020			2021		
					€ 15,09	pcm	totaal	€ 15,25	pcm	totaal	€ 15,42	pcm	totaal	€ 15,59	pcm	totaal
Asten	16.650	16.717	16.784	16.851	251.222	13.378	264.600	254.991	13.587	268.578	258.827	13.796	272.623	262.706	14.005	276.712
Bergeijk	18.329	18.402	18.476	18.550	276.550	14.563	291.112	280.700	14.790	295.490	284.922	15.018	299.940	289.193	15.245	304.438
Best	29.104	29.220	29.337	29.455	439.123	25.687	464.810	445.712	26.088	471.801	452.417	26.490	478.907	459.198	26.891	486.089
Bladel	20.051	20.131	20.212	20.292	302.529	15.878	318.407	307.069	16.126	323.195	311.688	16.374	328.062	316.360	16.622	332.982
Cranendonck	20.745	20.828	20.911	20.995	312.997	15.777	328.774	317.694	16.023	333.717	322.473	16.270	338.742	327.306	16.516	343.822
Deurne	31.998	32.126	32.255	32.384	482.796	26.070	508.865	490.041	26.477	516.517	497.412	26.884	524.296	504.867	27.292	532.159
Eersel	18.627	18.702	18.777	18.852	281.049	13.976	295.025	285.266	14.194	299.461	289.557	14.413	303.970	293.897	14.631	308.529
Eindhoven	225.693	226.596	227.502	228.412	3.405.276	196.680	3.601.956	3.456.376	199.753	3.656.130	3.508.368	202.826	3.711.194	3.560.953	205.899	3.766.852
Geldrop-Mierlo	39.042	39.198	39.355	39.512	589.062	33.135	622.197	597.901	33.652	631.554	606.895	34.170	641.065	615.992	34.688	650.679
Gemert-Bakel	29.772	29.891	30.010	30.130	449.196	23.922	473.119	455.937	24.296	480.233	462.795	24.670	487.465	469.732	25.044	494.776
Heeze-Leende	15.716	15.778	15.842	15.905	237.118	11.926	249.044	240.677	12.112	252.789	244.297	12.298	256.595	247.959	12.485	260.443
Helmond	90.469	90.831	91.195	91.559	1.365.010	88.619	1.453.629	1.385.493	90.004	1.475.498	1.406.334	91.389	1.497.723	1.427.413	92.773	1.520.187
Laarbeek	22.049	22.137	22.226	22.314	332.675	17.695	350.369	337.667	17.971	355.638	342.746	18.248	360.994	347.883	18.524	366.407
Nuenen, Gerwen e	22.842	22.933	23.025	23.117	344.642	17.525	362.167	349.814	17.798	367.612	355.076	18.072	373.148	360.398	18.346	378.744
Oirschot	18.269	18.342	18.415	18.489	275.641	14.454	290.095	279.777	14.680	294.457	283.986	14.906	298.891	288.242	15.132	303.374
Reusel-De Mierden	12.860	12.912	12.963	13.015	194.036	9.706	203.743	196.948	9.858	206.806	199.910	10.010	209.920	202.907	10.161	213.068
Somerens	18.989	19.065	19.141	19.217	286.502	14.326	300.828	290.802	14.549	305.351	295.176	14.773	309.949	299.600	14.997	314.597
Son en Breugel	16.493	16.559	16.625	16.691	248.843	13.836	262.679	252.577	14.052	266.629	256.377	14.268	270.645	260.219	14.484	274.704
Valkenswaard	30.381	30.503	30.625	30.747	458.392	23.553	481.944	465.270	23.921	489.191	472.269	24.289	496.558	479.347	24.657	504.004
Veldhoven	44.499	44.677	44.856	45.035	671.409	35.165	706.574	681.484	35.714	717.198	691.735	36.264	727.999	702.103	36.813	738.916
Waalre	17.095	17.163	17.232	17.301	257.932	14.131	272.064	261.803	14.352	276.155	265.741	14.573	280.314	269.724	14.794	284.518
	759.673	762.711	765.762	768.825	11.462.000	640.000	12.102.000	11.634.000	650.000	12.284.000	11.809.000	660.000	12.469.000	11.986.000	670.000	12.656.000

Bijlage 4 Verloop structurele overige bijdragen gemeenten

Overzicht verloop structurele overige bijdragen gemeenten.								incl index														
(blauw gearceerd is de specificatie van 2018)																						
Gemeente	Inwoners per 1-1-2016	Bijdrage soc. plan reorgan. fusie '96	Bijdrage onderzoek locaties JGZ	Bijdr. Ehv Harmonisatie fusie '08	Bijdr. Ehv huisvesting fusie '08	Bijdr. Ehv ambulance zorg fusie '08	Bijdr. Ehv personele frictie fusie '08	Bijdr. Ehv 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	Totaal 2020	Totaal 2021
		1)	1)			1)	1)	1)														
Asten	16.584	1.091	3.000						6.471	6.530	7.009	5.745	6.161	5.064	4.558	4.803	4.341	4.091	4.091	4.091	4.091	3.000
Bergeijk	18.256	1.201							4.386	4.278	5.270	3.697	3.618	3.002	1.727	1.446	1.488	1.201	1.201	1.201	1.201	0
Best	28.988	1.908							7.036	6.879	8.458	5.919	5.772	4.753	2.719	2.266	2.332	1.908	1.908	1.908	1.908	0
Bladel	19.971	1.314							4.621	4.524	5.575	3.921	3.875	3.243	1.863	1.570	1.616	1.314	1.314	1.314	1.314	0
Cranendonck	20.662	1.360							4.917	4.795	5.909	4.163	4.085	3.383	1.933	1.614	1.661	1.360	1.360	1.360	1.360	0
Deurne	31.871	2.097	13.000						16.224	16.195	17.739	15.616	15.193	15.015	13.014	12.509	15.582	15.097	15.097	15.097	15.097	13.000
Eersel	18.553	1.221							4.372	4.280	5.270	3.718	3.635	3.010	1.729	1.441	1.483	1.221	1.221	1.221	1.221	0
Eindhoven	224.794		48.000					116.000	1.013.500	908.020	740.584	584.839	500.484	460.024	421.500	267.959	194.000	161.000	164.000	149.000	150.000	151.000
Geldrop-Mierlo	38.886	2.559	13.500						19.175	19.824	21.687	19.437	19.335	18.044	12.682	15.578	16.668	16.059	16.059	16.059	16.059	13.500
Gemert-Bakel	29.653	1.951	10.500						14.762	16.276	18.895	18.324	15.709	14.836	9.762	11.822	12.890	12.451	12.451	12.451	12.451	10.500
Heeze-Leende	15.653	1.030							3.675	-43	4.424	3.121	3.062	2.543	1.463	1.217	1.252	1.030	1.030	1.030	1.030	0
Helmond	90.109	5.930	24.000						114.870	124.189	133.630	70.127	40.242	37.211	31.454	30.072	30.778	29.930	29.930	30.930	30.930	25.000
Laarbeek	21.961	1.445							5.272	5.155	6.329	4.420	4.306	3.579	2.067	1.728	1.778	1.445	1.445	1.445	1.445	0
Nuenen c.a.	22.751	1.497							5.504	5.347	6.540	4.555	4.454	3.734	2.148	1.790	1.843	1.497	1.497	1.497	1.497	0
Oirschot	18.196	1.197							4.329	4.225	5.184	3.634	3.571	2.958	1.702	1.424	1.466	1.197	1.197	1.197	1.197	0
Reusel-De Mierden	12.809	843							2.999	2.922	3.620	2.567	2.524	2.095	1.203	1.008	1.037	843	843	843	843	0
Someren	18.913	1.245							4.400	4.303	6.741	5.965	5.068	4.597	1.768	1.481	1.524	1.245	1.245	1.245	1.245	0
Son en Breugel	16.427	1.081							3.711	3.658	4.521	3.177	3.135	2.621	1.531	1.285	1.322	1.081	1.081	1.081	1.081	0
Valkenswaard	30.260	1.991	16.000						22.496	23.031	24.369	21.791	20.787	20.674	17.903	17.903	18.473	17.991	17.991	17.991	17.991	16.000
Veldhoven	44.322	2.917							10.497	10.183	12.530	8.839	8.735	7.269	4.186	3.497	3.599	2.917	2.917	2.917	2.917	0
Waalre	17.027	1.121							4.008	3.956	4.818	3.388	3.306	2.732	1.587	1.328	1.366	1.121	1.121	1.121	1.121	0
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		41.500	119.500	0	0	72.500	27.500	122.500								383.500						
TOTAAL 2016		43.000	126.000	0	0	27.500	0	120.000									316.500					
TOTAAL 2017		35.000	127.000	0	0	0	0	114.000										276.000				
TOTAAL 2018		35.000	128.000	0	0	0	0	116.000											279.000			
TOTAAL 2019		35.000	130.000	0	0	0	0	100.000												265.000		
TOTAAL 2020		35.000	131.000	0	0	0	0	100.000													266.000	
TOTAAL 2021			132.000	0	0	0	0	100.000														232.000
1) Deze bijdragen worden achteraf afgerekend obv de werkelijke kosten																						

1) Deze bijdragen worden achteraf afgerekend obv de werkelijke kosten

Bijlage 5 Indexering (uit beleidsnota kaders P&C 4 GR'en, najaar 2016)

De indexering van de begroting van de vier gemeenschappelijke regelingen was per GR verschillend. Drie van de vier gebruikten al de percentages uit de Macro Economische Verkenning. Voorgesteld wordt dan ook om de volgende standaard methode voor indexering te gebruiken:

"De percentages die worden gehanteerd voor de begroting van het jaar t zijn de percentages die in de Macro Economische Verkenning t-1 (uitgebracht in jaar t-2) zijn opgenomen voor het jaar t-1.

Het gaat om de "Loonvoet sector overheid" voor de index van de lonen en de "Prijs netto materiële overheidsconsumptie (imoc)" voor de index van de prijzen."

Bijvoorbeeld: Als de begroting 2017 volgens deze afspraken zou zijn opgesteld dan wordt de Macro Economische Verkenning 2016, die uitgebracht is in 2015, gehanteerd. Hier staat in bijlage 8 "kerngegevens collectieve financiën" de index "Loonvoet sector overheid" voor het jaar 2016 op 2,3% en de "Prijs netto materiële overheidsconsumptie (imoc)" voor 2016 op 0,9%.

Met het gebruiken van deze index wordt geaccepteerd dat de indexering een jaar achter loopt en hierdoor een verschil kan ontstaan tussen werkelijke ontwikkeling van lasten en de gebruikte indexering. Er wordt geen nacalculatie toegepast op indexering.

De loonindex en de prijsindex zijn voor de 4GR op deze manier aan elkaar gelijk, maar de gewogen index kan verschillen per GR.

De gewogen index (gemiddelde van de loonindex en de prijsindex) wordt berekend over de totale bijdrage van de collectieve taken voor de 21 gemeenten. Op basis van de verdeelsleutel die per GR is afgesproken wordt de bijdrage per gemeente bepaald. Er wordt geen autonome groei van budgetten (bijv. voor inwoners) meegenomen. Op die manier is voor de gemeente inzichtelijk wat het verband is tussen de index en de gewijzigde gemeentelijke bijdrage.

De bijdrage per inwoner is het resultaat van de totale geïndexeerde bijdrage gedeeld door het totaal aantal inwoners. Dit houdt in dat bij een stijging van het aantal inwoners de bijdrage per inwoner daalt.

De lastenkant van de begroting van de gemeenschappelijke regeling wordt aangepast aan de reële ramingen. Dit geldt ook voor de lonen, eventuele rentebaten en lasten en raming van benodigde investeringen. Een eventueel verschil dat ontstaat tussen de te ontvangen baten van de gemeenten en de lasten in de begroting van de gemeenschappelijke regeling valt binnen de begroting van de gemeenschappelijke regeling. Indien hierdoor (op langere termijn) taken voor de gemeente niet meer of met een lagere kwaliteit wordt uitgevoerd dan wordt dit teruggelegd bij de gemeente. Verschillen per jaar worden zoveel mogelijk geëgaliseerd via de algemene reserve.

De wegingsfactor van de indices wordt bepaald door de verdeling van de totale lasten in de begroting van de GR over prijzen en lonen.

Dit kan zeer organisatie-specifiek zijn en wordt door de eigen organisatie bepaald. Door de wegingsfactor te vermenigvuldigen met de index wordt een gewogen index verkregen.

In de tabel hieronder is de wegingsfactor per GR opgenomen, waarbij dit voor ODZOB geldt voor de collectieve budgetten en voor de GGD niet geldt voor de ambulancezorg:

	Lonen	Prijzen
MRE	90,0%	10,0%
ODZOB	82,0%	18,0%
VRBZO	62,5%	37,5%
GGD	70,0%	30,0%