

Concept Kadernota 2019

Inhoudsopgave

1.	Samenvatting	3
2.	Inleiding	5
3.	De missie en visie van de GGD	6
4.	De pijlers van de GGD	9
4.1	Monitoren, signaleren en preventie	9
4.2	Uitvoerende taken gezondheidsbescherming	15
4.3	Publieke Gezondheid bij incidenten, rampen en crises	18
4.4	Toezicht houden	19
4.5	Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar.....	21
4.6	Ambulancezorg.....	24
4.7	Aanvullende taken op het terrein van de Publieke Gezondheid.....	25
5	Financieel meerjarenperspectief	27
5.1	Inleiding	27
5.2	Weerstandsvermogen en risico's	28
5.3	Programma Ambulancezorg (AZ).	28
5.4	Programma Publieke Gezondheid.	30
	Bijlage 1 Taken per pijler	35
	Bijlage 2 Financiering per pijler 2018	37
	Bijlage 3 Ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijk takenpakket.....	38
	Bijlage 4 Verloop structurele overige bijdragen gemeenten.....	39
	Bijlage 5 Indexering (uit beleidsnota kaders P&C 4 GR'en, 40najaar 2016)	40

1. Samenvatting

Het Algemeen Bestuur van de GGD biedt deze kadernota aan gemeenten aan als opmaat naar de begroting 2019. De ontwerpbegroting 2019 van de GGD krijgen gemeenten in maart 2018 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.

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

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

In hoofdstuk 4 schetsen we de belangrijkste ontwikkelingen en ambities binnen deze pijlers.

De inwonersbijdrage van gemeenten in 2019 wordt berekend op € 12.482.000. Dit komt overeen met ca. € 15,46 per inwoner (exclusief pubercontactmoment).

Dat bedrag is hoger dan in 2018, als gevolg van indexering met 2,31% en een verhoging vanwege toegenomen kosten voor lijkschouwing-euthanasieverklaringen.

De (financiële) weerstandscapaciteit van de GGD is beperkt, met name voor het Programma Publieke Gezondheid. Ultimo 2017 bedraagt de algemene reserve van het programma Publieke Gezondheid naar verwachting ca. € 400.000 en van het programma Ambulancezorg ca. € 1.050.000. Voor 2018 wordt een aanzienlijk tekort verwacht bij PG waardoor die reserve negatief dreigt te worden, een voorstel voor aanvulling van de algemene reserve PG wordt tegelijk met deze kadernota ingediend middels een voorstel-begrotingswijziging.

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 missie, visie en kerntaken 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.

De GGD heeft de afgelopen maanden een interactief proces doorlopen samen met stakeholders (wethouders en ambtenaren, ouders, burgers, klanten, ketenpartners, andere GGD-en en onze medewerkers) om bestaande netwerkrelaties tegen het licht te houden en te evalueren aan de hand van een aantal strategische thema's. Ook hebben we onze omgeving om reflectie gevraagd. De resultaten hiervan zijn verwerkt in deze kadernota.

Voor de GGD zijn de afspraken die gemaakt zijn 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.

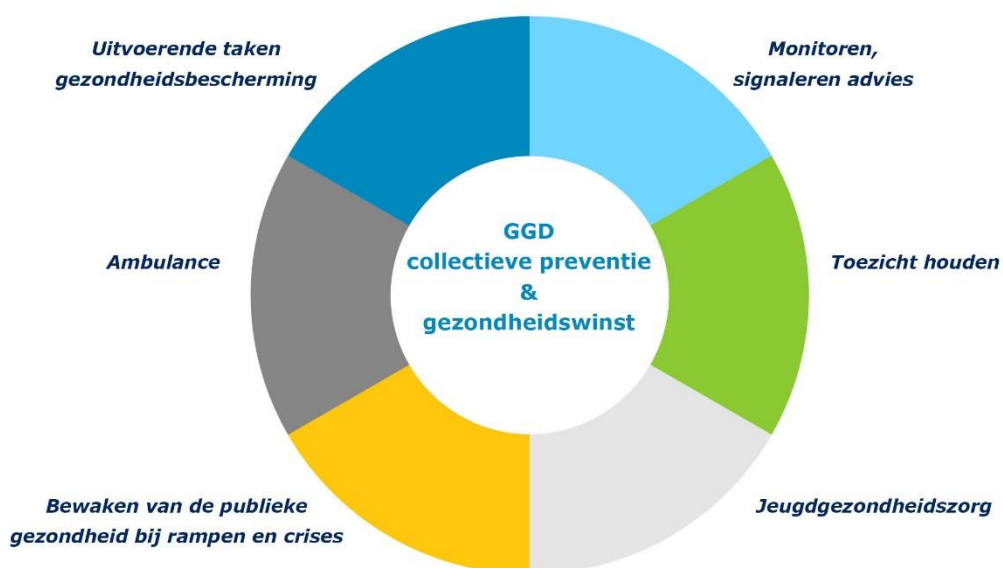
3. De missie en visie van de GGD

Missie

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

Visie

Vanuit de Wet Publieke Gezondheid geven wij vorm en inhoud aan onze collectieve preventie en gezondheidswinst. Het gaat daarbij om de volgende pijlers:



De GGD Brabant-Zuidoost wil een wendbare organisatie worden, die werkt vanuit klantwaarden en het maatschappelijke belang. We zijn er altijd voor iedereen, beschermen en bewaken de gezondheid en willen de verbinder van preventie zijn. We zijn paraat bij grote en kleine crises en verzorgen 24/7 de ambulancezorg in onze regio.

Wendbaarheid

De GGD wil de komende jaren verder werken aan een wendbare organisatie, die sterk verankerd in het lokale veld meebeweegt en anticipeert op wat de buitenwereld van ons vraagt en wat daar nodig is. Actief mag van ons verwacht worden dat we Vernieuwen, Veranderen, Verbinden, Realiseren en Reflecteren. Nieuwe ideeën van anderen verwezenlijken is net zo belangrijk. Al onze professionals kunnen vanuit hun persoonlijkheid en vakmanschap op eigen kracht een bijdrage leveren. Professionele ruimte staat hoog in het vaandel, maar wel altijd in verbinding met de samenleving en de relevante netwerkpartners.

Vanuit klantwaarde vraagt dit ook om kritisch te kijken naar onze eigen processen en werkmethoden om effectiever en efficiënter te werken.

We gaan onze medewerkers ook faciliteren om de komende jaren netwerken op te bouwen die niet altijd even voor de hand liggend zijn. Wij vragen van onze medewerkers een nieuwsgierige, innovatieve blik naar de onbekende weg.

Alle elementen van positieve gezondheid (Lichaamsfuncties, Mentaal welbevinden, Zingeving, Kwaliteit van Leven, Sociaal Maatschappelijk Participeren en Dagelijks functioneren) zijn intern even belangrijk als extern. Het bestaansrecht van de GGD is een stabiele koers onder de snel veranderende wereld met professionals die een gezonde werkdruk en behapbaar stresslevel ervaren.

Het in balans brengen van de positieve gezondheid binnen de GGD vraagt zorg en aandacht. De krapte op de arbeidsmarkt zoals bij ambulanceverpleegkundigen en forensische artsen dwingt ons ook de komende jaren na te denken over werving en behoud, strategische personeelsplanning, samenwerkingsverbanden met omliggende GGD'en en publiek-private samenwerking.

Ambitie: GGD Brabant-Zuidoost wordt een LEAN organisatie waarin iedereen dezelfde ontwikkeltaal spreekt en is opgeleid om vanuit klantwaarden procesgericht te werken. Hierbij kijkt iedereen over de grenzen van een eigen afdeling en sector heen om effectiever en efficiënter te werken. Wij willen het LEAN procesdenken en de opgedane kennis graag delen met onze opdrachtgevers en ketenpartners in de gezondheidsketen.

Ambitie: De vitaliteit van onze organisatie in het algemeen en medewerkers in het bijzonder wordt gemeten langs de dimensies van positieve gezondheid.

Inspelen op technologische ontwikkelingen

Technologische ontwikkelingen gaan snel en maken steeds meer mogelijk. Door de digitalisering van informatie en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van grote hoeveelheden data die daarmee gepaard gaat, 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, in de vorm van 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. Het klantenpanel kan hierbij een rol spelen.

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. Gezondheid apps 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 van voorgenoemde technologische ontwikkelingen actief opzoeken en waar mogelijk in haar eigen diensten implementeren.

4. 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 preventie



Uitvoerende taken gezondheidsbescherming



Publieke gezondheid bij rampen en crises



Toezicht houden



Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar



Ambulancezorg



Aanvullende taken publieke gezondheid



4.1 Monitoren, signaleren en preventie

Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering is bij uitstek het taakgebied waar we voor onze gemeenten, hun burgers en lokale partners kennis en deskundigheid kunnen toevoegen op het gebied van cijfers, analyses en interpretaties van gezondheidsgegevens. We kennen de lokale situatie, we zijn verbonden met het lokale netwerk, we hebben weet van effectieve interventies en gedragsbeïnvloeding en kunnen samenwerkingsprocessen op gang brengen. We worden steeds meer de partner die vanuit haar specifieke kennis op het gebied van gezondheid verbindend optreedt in het lokale veld.

Hierbij gaan we uit van een brede definitie van gezondheid: gezondheid wordt niet meer gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

In deze visie is gezondheid niet langer meer strikt het domein van de zorgprofessionals, maar van ons allemaal. Het gaat immers om het vermogen om met veranderende omstandigheden om te kunnen gaan.

De komende jaren willen we het bovenstaande behouden en doorontwikkelen.

Daarbij willen we onze adviseursrol richting de gemeenten en lokale partners meer uitbouwen en versterken.

Om integraal aandacht te krijgen voor gezondheid binnen diverse beleidsterreinen van de gemeente gaan we de allianties met de diverse gemeentelijke beleidsterreinen verder versterken. Het meer rechtstreeks in contact komen met verantwoordelijke ambtenaren en wethouders, willen we tot speerpunt van de komende jaren maken. Verder gaan we door met het vernieuwen van tools/methodes waarmee we blijven aansluiten bij huidige trends in onze samenleving en afgestemd zijn op de burger van deze tijd.

Ambitie: Het versterken van ons netwerk op lokaal, regionaal, provinciaal en landelijk niveau met andere beleidsterreinen, zodat er meer synergie en integraliteit ontstaat om gezondheid te bevorderen. We willen intersectorale accountbenadering en samenwerking vormgeven tussen GGD en gemeenten en een effectieve manier met efficiënte overlegstructuren realiseren.

Monitoring en onderzoek

Monitoring via databronnen en deze data omzetten in signalen en adviezen maakt van de GGD een kenniscentrum van waarde(n). De onderzoeksthema's zijn gericht op kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg en het vormgeven van evidence based werken.

Door onze bronnen te verbinden met die van de wetenschap, partners en gemeenten ontstaat er een schat aan informatie waarop geacteerd kan worden. We zijn duurzaam verbonden aan meerdere academische werkplaatsen, kennisnetwerken en lectoraten van Hogescholen. De output kan een langdurig onderzoeksprogramma zijn, maar we hebben zelf ook een professionele onderzoeksafdeling, waar via klantenpanels meer dan 17.000 participanten uit de hele regio bevraagd worden over gezondheid.

Onze data en onderzoeksresultaten worden aantrekkelijk gepresenteerd en openbaar gemaakt en worden gevraagd en ongevraagd gedeeld. Realisatie van doelen gebeurt deels door de inzet van reguliere middelen, deels op basis van verworven subsidies. Voor kennisuitwisseling sluiten we aan bij bestaande structuren en culturen en werken we samen met de omliggende GGD'en in Brabant, Limburg en Zeeland.

Data-driven decision making staat nog in de kinderschoenen. We zijn ervan overtuigd dat we nog meer en beter betekenis kunnen geven aan onderzoeksresultaten en de monitoring van data.

Ambitie: Vaststellen en uitvoeren van een meerjarig Onderzoek & Innovatie Agenda Publieke Gezondheid met de drie Brabantse GGD'en, Tranzo (de universiteit) en de provincie Brabant (Telos).

Ambitie: Komen tot een Brabants Onderzoekscentrum Publieke Gezondheid.

Om de stijging van de zorgkosten, gecombineerd met de toenemende levensverwachting het hoofd te kunnen blijven bieden, is een omslag van behandelen naar preventie nodig. Meer preventie levert een grote maatschappelijke en economische winst op. Hoewel preventie essentieel is, is de aandacht en het budget hiervoor minimaal vergeleken met de kosten voor 'cure en care'. Wat betreft milieu en duurzaamheid nemen betrokkenen hun verantwoordelijkheid en is de focus al verschoven van het opruimen en herstellen naar het voorkomen. Een dergelijke omslag is ook nodig in de zorg: een plan waarbij preventie voor alle partijen – ook economisch – loont. Voorzorg in plaats van nazorg is het verkennen waard.

Hoofdpunten uit het Regeerakkoord zijn overgewicht, roken en alcohol gebruik. In het Nationaal Programma Preventie is dit iets verder uitgewerkt: het doel is een vermindering van de groei van het aantal mensen met een chronische ziekte. Daarnaast moet het programma ook de grote gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden verkleinen. De focus van het programma ligt op minder alcohol, roken, depressie, diabetes, overgewicht en meer bewegen.

Wij sluiten aan bij landelijke speerpunten die ook in onze regio aan de orde zijn.

Ambitie: We brengen een lokale maatschappelijke beweging op gang waarbij ieders aandacht uit gaat naar preventie en preventie en (positieve) gezondheid moet op alle (beleids)terreinen en gremia uitgewerkt worden. Wij initiëren, makelen en schakelen en denken en doen mee.

Focus heeft:

- **Het versterken van een gezonde leefomgeving.** De sociale en fysieke basisstructuur wordt zo ingericht, dat het de mensen makkelijker wordt gemaakt gezonde keuzes te maken en daarover eigen regie te voeren.
- Alles wat daarbij helpend of beschermend werkt, gezien vanuit de zes dimensies van positieve gezondheid, wordt daarbij ingezet.
- **Het versterken van gezondheidsvaardigheden en leefplezier.** We zijn gericht op het versterken van het vermogen om gezond en gelukkig te leven: zelf bepalen hoe men zijn leven inricht, zodat het als een goed leven wordt ervaren door degene die het betreft.

We brengen programma's in die dit gezondheidsbeleid stimuleren zoals de Gezonde School, Sport en Bewegen in de buurt, Jongeren op Gezond Gewicht, Do Something Different, Leer- en veerkracht, Rookvrije Generatie, Stoptober, IkPas en Dementievriendelijke gemeente. We blijven altijd de samenwerking zoeken met verschillende partijen, waaronder maatschappelijke partners, gemeenten, en het bedrijfsleven.

Top 10 van ziekten en aandoeningen met de hoogste ziektelast (in DALY's) in 2011 en 2030 (met tussen haakjes het aantal plekken dat de ziekte gestegen dan wel gedaald is)

	2011	2030
1	Coronaire hartziekten	Coronaire hartziekten
2	Diabetes	Diabetes
3	Beroerte	COPD (+2)
4	Angststoornissen	Longkanker (+2)
5	COPD	Beroerte (-2)
6	Longkanker	Dementie (+5)
7	Stemmingsstoornis	Privé-ongevallen (+2)
8	Nek- en rugklachten	Angststoornissen (-4)
9	Privé-ongevallen	Stemmingsstoornis (-2)
10	Artrose	Artrose

Ambitie: We willen de gezondheidsverschillen verkleinen door extra aandacht en maatregelen te vragen voor de echt kwetsbare groepen. We gaan een verkenning uitvoeren in onze regio naar de toegevoegde waarde die we vanuit een preventieve en vroeg signalerende insteek kunnen bieden voor personen met verward gedrag.

Omgevingswet

De nieuwe Omgevingswet herzielt de stelsels van ruimtelijke regels en milieuregels volledig en bundelt 26 wetten voor ruimte, wonen, infrastructuur, milieu, natuur en water. Artikel 1.3 beschrijft de maatschappelijke doelen van de wet. Met daarin onder andere: het bereiken en in stand houden van een veilige en gezonde fysieke leefomgeving. In het verleden zijn vele complexe dialogen gevoerd met tegengestelde belangen op het aspect van gezondheid. Bij veehouderijen bijvoorbeeld ligt de relatie met gezondheid complex en heb je als gemeenten weinig houvast. Alle stakeholders zijn het erover eens dat de gemeente *in the lead* is om een Omgevingsvisie vorm te geven en daarbij de stakeholders zoals de GGD nodig heeft. Wij hebben op onze beurt weer veel belang bij een innige samenwerking met bijvoorbeeld de Omgevingsdienst. Het risico ligt namelijk op de loer dat de ruimte dichtgeregeld wordt door normenkaders die ook nog eens van elkaar verschillen. Samen optrekken, samen adviseren en vroegtijdige betrokkenheid zijn daarbij van wezenlijk belang.

Het bestuur kan dan op basis van brede afweging hun politiek/bestuurlijke keuze maken. Participatie is een belangrijke pijler in de omgevingswet. Hoe zorgen we ervoor dat ook de belangen van minder kwetsbaren gehoord worden? Wat kunnen mensen zelf doen? De cultuuromslag, namelijk het opnieuw met elkaar uitvinden hoe met elkaar om te gaan en van een normengerichte uitvoering naar een waardengerichte ketenaanpak te gaan, is heel belangrijk. Het gaat niet alleen om de inhoud, maar ook om de connectie samen uitvinden.



Tijdens een netwerksessie werd de metafoor van het speelveld gebruikt. Het spel in het speelveld is nu niet in balans: het linker speelveld is meer getraind dan de rest. De GGD moet zich meer als middenveld opstellen, omdat zij de samenleving kan helpen om gezond ouder te worden in eigen woonbuurt. De waarden die ertoe doen moeten meegenomen worden in het rechter speelveld. We moeten de discussie van 'welvaart gaat voor welzijn' vermijden. Ga het spel spelen en begin met elkaar te experimenteren en te leren. De wet is dan volgend en schikkend naar de samenleving. We hoeven niet te wachten op de omgevingswet!

Hierbij wordt ook aangegeven om de insteek van gezondheidsbeleving mee te nemen. Mensen hebben de behoefte om zich gehoord te voelen. We moeten ons meer baseren op gegevens, meer sturen op waarden en minder op normen, zodat de kansen van de fysieke leefomgeving beter worden benut. Het leven zit vol risico's; preventie houdt ergens op.

Het concept van positieve gezondheid sluit goed aan bij dit gegeven. Positieve gezondheid is de mate waarin mensen erin slagen om zich aan te passen aan de uitdagingen van het leven. De gezondheidspotentie zit in het vinden van een nieuwe balans en het versterken van je veerkracht. Wij zijn blij te horen dat de gemeenten, de Omgevingsdienst en het Waterschap samen met de GGD tot integraal advies willen komen. Dit heeft absoluut meerwaarde.

Ambitie: De Brabantse GGD'en zijn bezig met een website om invloeden van de leefomgeving zoals de mate van groen en hittestress te verbinden met de gezondheid en beleving van burgers. Dit soort informatie helpt om een discussie op gang te brengen over het inrichten van een gezonde leefomgeving op lokaal niveau. Uiteindelijk willen we samen met partners een (*data driven*) omgevingsscan ontwikkelen die zowel bestuurlijk als ambtelijk inzicht geeft in de te meten normen, waarden, gezondheidseffecten en gezondheidsbeleving.

Ambitie: De peelgemeenten gaat samen met het Waterschap, de Omgevingsdienst, de Veiligheidsregio en de GGD kijken naar de omgevingsvisie. We willen dergelijke samenwerkingen ook graag in andere delen van de regio samen vormgeven. We zoeken daarbij nadrukkelijk de samenwerking met reeds bestaande allianties en het bureau GMV van de drie GGD'en in Brabant.

Ambitie: We vinden dat gezondheid zwaar meegewogen moet worden bij toekomstige beslissingen met betrekking tot veehouderijen. Daar waar er aangetoonde negatieve effecten van veehouderijen op de volksgezondheid zijn, moeten er maatregelen worden genomen gericht op emissiereductie van fijnstof en endotoxinen en vermindering van geur- en geluidshinder.

Intensieve veehouderij

Een zeer dominant thema binnen de Omgevingswet is de intensieve veehouderij. Nu de aanvullende studies sterker onderbouwen dat wonen in de omgeving van veehouderijen gezondheidsproblemen met zich mee brengt, is het toepassen van het voorzorgprincipe in het gemeentelijke beleid en de omgevingsplannen nog urgenter geworden. Bij beslissingen over het wel of niet verlenen van vergunningen voor nieuw te bouwen veehouderijen of uitbreidingen, moet dan ook nadrukkelijker worden gekeken naar eventuele gezondheidsrisico's.

De centrale vraag is hoe de positie van gezondheid in de discussie over intensieve veehouderij (die ook gaat over dierenwelzijn, economisch belang, schade aan de natuur en dergelijken) versterkt kan worden. Gemeentebestuurders ervaren een toenemende maatschappelijke en politieke druk op dit onderwerp. Zij die gezondheid mee willen wegen in de besluitvorming lopen tegen de grenzen aan van bestuurlijke en juridische mogelijkheden door het ontbreken van een landelijk (toetsings)kader. Elk wetenschappelijk onderzoek zal leiden tot vervolgonderzoek, kaders blijven uit, maar omwonenden maken zich in toenemende mate zorgen over hun gezondheid en dat kan niet genegeerd worden.

Wij brengen als regionale GGD regelmatig lokale adviezen op maat uit. Ieder GGD-advies draagt bij aan afgewogen en transparante besluiten die de bestuurders uit onze regio dienen te nemen en waarbij wij ons realiseren dat er naast het gezondheidsbelang en gezondheidsrisico's meerdere belangen spelen.

Als GGD in de gemeenschappelijke regeling zijn wij een gemeentelijk uitvoeringsorgaan en aan de andere kant zijn wij de bewaker van publieke gezondheid vanuit een onafhankelijke positie. Wij merken dat op deze adviezen met gemengde emoties wordt gereageerd, zowel door bestuurders, burgers, ondernemers, wetenschappers als andere professionals. Er ontstaat een wij-zij verhouding die maatschappelijke onvrede aanwakkert in plaats van bestrijdt.

Ambitie: De GGD heeft een signalerende rol vanuit een onafhankelijke apolitieke positie, met positieve gezondheid als focus en fungeert als voorlichter op basis van wetenschappelijk vastgestelde kennis naar alle stakeholders. GGD streeft ernaar om samen met partners als de Omgevingsdienst en de Veiligheidsregio integrale adviezen te geven vanuit professionele onafhankelijkheid in het kader van publieke gezondheid en zoekt hierbij uitdrukkelijk naar de verbinding.



4.2 Uitvoerende taken gezondheidsbescherming

Infectieziektebestrijding, TBC bestrijding en SOA bestrijding



Infectieziekten kennen een voortdurende onvoorspelbare dynamiek. We blijven te maken krijgen met 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.

Bij deze aanpak is een belangrijke rol weggelegd voor regionale zorgnetwerken waarin curatieve zorg, langdurige zorg en GGD samenwerken. Ook in onze regio 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.

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).

Op het terrein van TBC bestrijding zullen we onze kerntaken (screenen, bron-contact opsporing en behandelen) blijven uitvoeren. De bovenregionale samenwerking met andere GGD'en gaat in betekenis toenemen. We gaan een pilot uitvoeren in onze regio waarbij samenwerking met een ziekenhuis centraal staat.

Op het terrein van de seksuele gezondheid blijven we risicogroepen (jongeren, mannen die seks hebben met mannen, prostituees) op een laagdrempelige manier screenen op de meest voorkomende SOA's (Chlamydia, Gonorrroe, Syfilis, Hepatitis B en HIV).

Ook blijven we intermediairen en de risicogroepen voorlichten, waarbij we de mogelijkheden van nieuwe media en hulpmiddelen (zelftests) zullen benutten.

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 4.1) 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 (zie ook hoofdstuk 4.1. intensieve veehouderij).



4.3 Publieke Gezondheid bij incidenten, rampen en crises

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

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

Verder adviseert en ondersteunt de GGD gemeenten en scholen bij kleinschalige incidenten zoals suïcides, zedenzaken en (verkeers)ongevallen. Dat zijn schokkende gebeurtenissen die maatschappelijke onrust met zich mee kunnen brengen. Ervaring leert dat goede ondersteuning van getroffenen vanaf het begin van groot belang is om weer grip te krijgen op het leven. 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. Dat doen we ook steeds vaker met de twee andere GGD'en in Brabant. Zo gaan we in de hele witte keten in Brabant samenwerken in één crisisinformatiesysteem, dat binnenkort wordt aangeschaft en geïmplementeerd. Ook werken we in internationaal verband nauw samen met de witte kolom in België.

Ambitie: In het verlengde van het crisisinformatiesysteem willen de GGD en GHOR een voorspellende en adviserende positie in de crisisbeheersing innemen richting de acute ketenpartners, zodat de partners tijdig in staat zijn om maatregelen te treffen bij een verwachte crisis.



4.4 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

De wettelijke kwaliteitseisen m.b.t. kinderopvang en peuterspeelzalen wijzigen per 1.1.2018. Ook de toezichteisen veranderen. 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.

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 op WMO- voorzieningen

De GGD is door alle gemeenten in onze regio aangewezen als toezichthouder WMO. Tot nu toe beperkt die rol zich in de praktijk tot calamiteitentoezicht of signaal gestuurd toezicht. Dit zijn reactieve vormen van toezicht. Daarnaast zijn ook proactieve vormen van toezicht mogelijk, bijvoorbeeld het thematisch toezicht, starttoezicht (strenger aan de poort) of risico gestuurd toezicht (focus op diensten die voor de cliënt het meeste risico met zich meebrengen). Deze proactieve vormen van toezicht worden in de praktijk in onze regio nauwelijks toegepast.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor toezicht op WMO-voorzieningen waarbij zij moeten toetsen in hoeverre voorzieningen voldoen aan wettelijke kwaliteitseisen, professionele standaarden en contractuele afspraken. In de huidige contracten met de instellingen is kwaliteit nauwelijks gedefinieerd, wat het lastig maakt om vast te stellen of de geleverde kwaliteit ook daadwerkelijk geboden wordt. Gemeenten hebben de behoefte om de kwaliteitseisen van geleverde diensten beter te definiëren. De GGD kan gemeenten hierbij ondersteunen.

Om een beeld te krijgen van de cliëntervaringen met WMO-voorzieningen wordt door gemeenten jaarlijks een cliënt ervaringsonderzoek (CEO) uitgevoerd. Deze CEO's richten zich niet alleen op ervaringen met diensten van professionele instellingen, maar ook op de diensten van de gemeente, cliëntondersteuners, vrijwilligers en mantelzorgers. Voor een aantal gemeenten heeft de GGD het CEO uitgevoerd. Wij willen dit graag permanent en voor alle gemeenten of clusters van gemeenten doen. Dit heeft als voordeel dat vergelijkingen tussen gemeenten kunnen worden gemaakt, gerefereerd kan worden aan regionale en landelijke data en trends kunnen worden aangegeven. Bovendien kan er verdieping en meer maatwerk worden aangebracht in de CEO's.

Ambitie: De GGD wil via pilots met gemeenten de meerwaarde van proactief toezicht gaan verkennen. Daarbij is het van belang dat het proactief toezicht aansluit bij het contractmanagement door gemeenten.

Ambitie: De GGD wil samen met andere kennisinstellingen in de regio en met de contractmanagers en onderzoeksafdelingen van (grote) gemeenten data verzamelen en kennis opbouwen (big data analysis) zodat vragen van gemeenten gerichter beantwoord kunnen worden.

Op deze manier wordt een publieke kennisbank opgebouwd van cliëntervaringen, effectieve interventies die niet alleen via de CEO's wordt gevoed maar ook vanuit wijkscans, reguliere monitors, toezicht, contractmanagement en registraties van aanbieders, zodat gemeenten in staat worden gesteld datagestuurde beslissingen te nemen. GGD Brabant-Zuidoost zoekt hierbij nadrukkelijk de samenwerking met academische werkplaatsen, onze netwerkpartners in de Brainport regio en de ons omringende GGD'en.

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 toegepast.

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).



4.5 Jeugdgezondheidszorg 4-18 jaar

Toekomst JGZ

De JGZ faciliteert ouders en kinderen hun eigen leven te leiden en eigen keuzes te maken. Ze heeft twee taken: problemen of risicokinderen snel signaleren en jeugdigen gezond houden.

Kindermishandeling, pesten, echtscheidingsproblematiek, overgewicht, schoolverzuim, problemen voor statushouders en asielzoeker, zomaar een greep uit de problemen waar ouders en kinderen mee te maken kunnen krijgen en waarbij de JGZ is betrokken. De JGZ is iets om trots op te zijn. Er zijn maar weinig landen ter wereld waar de zorg voor de gezondheid en het welzijn van elk opgroeiend kind op zo'n laagdrempelige en brede manier is geregeld. Dat hele stelsel van preventieve zorg, dat we in Nederland bijna vanzelfsprekend vinden, kost jaarlijks niet meer dan € 433 miljoen.

Elke geïnvesteerde euro in de JGZ levert 11 euro op. De honderden levens die jaarlijks gered worden door vaccinaties, screening en de preventie van wiegendood en de kinderlevens die dankzij vroegtijdige interventie beter verlopen, zijn niet in geld uit te drukken. Een belangrijk deel van de winst wordt ook geboekt doordat kinderen met wie het goed gaat, geen dure extra zorg nodig hebben. Dat geldt voor het overgrote deel van de kinderen in Nederland: 85% heeft geen problemen die specifieke zorg vragen.

De JGZ zorgt dat die 85% gelijk blijft of zelfs groter wordt, door te voorkomen dat kinderen nodeloos etiketjes krijgen ('normaliseren'), door lichte hulp aan te bieden waar dat nodig is en door op tijd te signaleren als er meer specialistische hulp nodig is. Maatschappelijke en financiële winst wordt ook geboekt op het gebied van leefstijl. Preventie betekent op termijn minder zorgkosten en productievere gezonde volwassenen.

De JGZ speelt daarin een belangrijke rol. De doelstellingen van de transitie van de jeugdzorg kunnen worden bereikt wanneer daadwerkelijk in preventie door de JGZ aan de voorkant van de zorgketen wordt geïnvesteerd, zodat de toestroom naar dure vormen van geïndiceerde zorg wordt ingedamd.

Vanuit onze visie op een toekomstbestendige JGZ die aansluit op de ontwikkelingen en behoeften van onze maatschappij, gaan we de komende jaren bewuster aandacht schenken aan wat er nu écht moet gebeuren om ook in de toekomst een stevige JGZ te hebben staan. Een JGZ die duurzaam is en haar taak vanuit de wet voor de publieke gezondheid op een kwalitatief hoog niveau én binnen de financiële mogelijkheden kan vervullen.

Wat de laatste jaren in gang is gezet, is niet voor niets geweest. Trends, inzichten en ervaringen zijn samengekomen. Het werd tijd dat er op basis van alle ontwikkelingen een koers gekozen is en besluiten genomen zijn.

De komende jaren staan in het teken van dit continu verbeteren. Het is belangrijk om onze JGZ qua structuur, inrichting en cultuur robuust neer te zetten om ontwikkelingen van nu en in de toekomst aan te kunnen, maar vooral deze veranderingen te laten zien en voelen bij onze kinderen, ouders en gemeenten.

We willen onze preventieve kracht behouden en tegelijk vernieuwen, versterken en verbinden. Belangrijke bouwstenen zijn gerealiseerd, nu gaan we doorpakken.

Als JGZ willen we af van de afhankelijkheden en ad hoc maatregelen. Het is nodig om voor een duurzame oplossing te zorgen. Om daarna te blijven investeren in de verdere verbetering van onze dienstverlening op het gebied van kwaliteit, deskundigheid en bedrijfsvoering.

De droom voor de JGZ in de toekomst is meegroeien met een generatie. Meer flexibel, wendbaar, onafhankelijk en vernieuwend: meer met kinderen en ouders in plaats van over of voor kinderen en ouders. Ouders in staat stellen zelf plaats en tijd te bepalen voor contact met JGZ en moderne online media hierbij inzetten. Alle stappen die we zetten passen in gedachtegoed van GROEI! en sluiten aan bij de klant.

We kijken meer van buiten naar binnen. Wat gebeurt er in de buitenwereld en hoe verhouden we ons hiertoe?

Ambitie: In de kwaliteitsslag die de JGZ wil maken, past het dat we nadenken over onze activiteiten en de wetenschappelijke onderbouwing ervan. Via de nieuwe GIZ-methodiek (Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften) pakken we de knelpunten in de bestaande methodieken aan en passen we de meest actuele inzichten in de praktijk toe in 'wat werkt' om ouders en jongeren bij taxatieprocessen te betrekken, te activeren en te motiveren. De GIZ-methodiek brengt een authentiek taxatiegesprek tot stand waarin jongeren en ouders de ruimte krijgen zelf te reflecteren over hun situatie en 'hun eigen verhaal' te vertellen binnen betekenisvolle kaders.

Ambitie: Alle kinderen en jongeren kunnen zich ontwikkelen tot zelfstandige volwassenen, om actief deel te nemen aan het sociaaleconomische en culturele leven.

Dit moet leiden tot de volgende maatschappelijke opbrengst:

- Meer kinderen met een gezonde ontwikkelingen
- Optimale participatie in maatschappij
- Minder kinderen in (zware) zorg

Decentralisatie Rijks Vaccinatie Programma (RVP)

Naar verwachting wordt de uitvoering van het Rijksvaccinatie Programma (RVP) per 1.1.2019 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.

De GGD werkt momenteel samen met Zuidzorg en Zorgboog een uitvoeringsprogramma RVP uit op basis van de volgende uitgangspunten die door het Algemeen Bestuur zijn vastgesteld:

- Gestreefd moet worden naar een hoge vaccinatiegraad (minimaal 95 %).
- Het uitvoeren van het RVP wordt gezien als een gemeenschappelijk verantwoordelijkheid van de 21 gemeenten in onze regio op basis van het solidariteitsprincipe.
- De uitvoering van het RVP in de regio Z.O. Brabant wordt belegd bij de GGD, ZuidZorg en Zorgboog.
- Er moet een financiële onderbouwing komen van de kosten voor uitvoering van het programma.
- De rijksmiddelen die naar de 21 gemeenten komen voor uitvoering van het RVP vormen het maximale taakbudget voor uitvoering van het RVP in onze regio.
- De uitvoering van het RVP wordt per 1.1.2019 toegevoegd aan het basispakket van de GGD.
- De GGD coördineert de uitvoering van het RVP namens de 3 JGZ organisaties, inclusief de verdeling en verantwoording van de middelen die door gemeenten beschikbaar worden gesteld.



4.6 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 moet in de toekomst een antwoord kunnen blijven geven op de toenemende, veranderende en complexere vraag van de patiënt. De diverse ontwikkelingen en de consequenties daarvan, waaronder ook de toenemende logistieke problemen in de acute zorg, brengen de ambulancesector tot de overtuiging dat de ambulancezorg nog meer onderdeel van de acute zorg moet worden. De ambulancesector blijft vanuit deze gedachte werken aan de kwaliteit van de ambulancezorg.

Voor de ambulancesector leidt dit tot twee kernthema's: zorgcoördinatie en mobiele zorg. Zorgcoördinatie is het gezamenlijk organiseren en coördineren van de acute zorg op regionale schaal, met de andere aanbieders in de acute zorg. Voor de patiënt vertaalt dit zich in één gezamenlijk (virtueel) loket, waarachter de acute zorgaanbieders samenwerken. Onderwerpen die horen bij zorgcoördinatie zijn voornamelijk: de ketenkwaliteit, introductie en toepassing van nieuwe technologische mogelijkheden, een gezamenlijke benadering van de arbeidsmarktproblematiek binnen de acute zorg en samen opleiden.

In de regio blijven we werken aan optimale operationele prestaties die door de hoge werkdruk, de toenemende zorgvraag en de krapte op de arbeidsmarkt onder druk staan.

Daarnaast leven we in een no-risk maatschappij, waardoor er al snel bij enige twijfel toch een ambulance wordt ingezet. De keten stropt en we zullen samen met onze partners in de keten moeten werken aan een re-design van de acute zorg.

In de wet wordt ambulancezorg benadrukt als ongedeeld proces. Momenteel is de meldkamer ambulancezorg ondergebracht bij de Veiligheidsregio Brabant-Zuidoost, terwijl de uitvoering van ambulancezorg is geborgd bij de GGD. Deze gesplitste uitvoering gaat ons niet helpen in het behouden van de ambulancezorg vergunning eind 2020.

Het uitgangspunt van AZN en het ministerie VWS is dat het personeel met monodisciplinaire taken in dienst blijft of komt bij de ambulancezorg. De oorspronkelijke gedachte dat LMO ook als werkgever gaat fungeren voor al het meldkamerpersoneel is losgelaten.

De huidige ambulancevergunning is verleend aan de VRBZO, bestuurlijk is in 2015 afgesproken dat de vergunning per 1/1/2020 overgaat naar de GGD. Het Rijk heeft besloten om de 26 regionale meldkamers terug te brengen naar 10 meldkamers. Voor onze regio is dit in tijdelijke zin gerealiseerd in Eindhoven, de structurele situering zal in 's-Hertogenbosch worden vormgegeven.

Ambitie: Behoud van de vergunning en uitvoering onder één Bestuur in publieke, daarvoor wil de GGD werken aan een optimale uitgangspositie. Om deze ambitie te verwezenlijken zullen we programmatisch werken aan een toename van 20% meer ambulances op straat, 20% uitbreiding van personeel, strategisch gelegen opkomstlocaties en steunpunten, blijven voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen, behoud van patiënttevredenheid en vooral het betrekken van onze professionals bij de uitvoering van het werk.

Ambitie: Kenmerkend voor ambulancezorg in 2017 is dat een ambulance-inzet altijd gepaard gaat met een intentie tot vervoer naar het ziekenhuis. Vervoer is echter altijd ingrijpend voor de patiënt en er is in toenemende mate sprake van inzetten waarbij ter plaatse wel zorg wordt verleend, maar vervoer daarna niet noodzakelijk blijkt. Innovatie en technologische ontwikkelingen maken dit ook steeds beter mogelijk. Er ontstaat zo, gevoed door de behoefte van de patiënt én de mogelijkheden, een accentverschuiving gecombineerd met een uitbreiding van het ambulancezorgaanbod: acute mobiele zorg zonder vervoer. Dit is minder ingrijpend voor de patiënt.

In de komende jaren zal de GGD Brabant-Zuidoost deze verschuiving binnen het aanbod van mobiele zorg met de sector Ambulancezorg verder vormgeven en beschrijven. Het belang van de patiënt én de keten van acute zorg zijn en blijven het uitgangspunt.



4.7 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.* 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. De laatste jaren zien we een groei van het aantal lijkschouwingen en euthanasieverklaringen (als gevolg van de vergrijzing en een toenemende maatschappelijke acceptatie van euthanasie). We verwachten dat deze trend zich voortzet.
- *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 gecanceld. Bestaande contracten zijn verlengd tot 1 januari 2018. We verwachten een nieuwe aanbesteding vanuit de politie. De commissie Hoes heeft op verzoek van het Rijk een advies uitgebracht over de toekomst van forensische geneeskunde. We verwachten dat er in 2018 nieuwe landelijke kaders worden gesteld (o.a. wat betreft professionalisering)
- *Publieke Gezondheid asielzoekers:* het uitvoeren van de wettelijke taken op het terrein van publieke gezondheid voor de asielzoekerscentra in onze regio (momenteel alleen in Cranendonck). 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 (Somerens), Jong Helmond Lekker Gezond en het Nuts Ohra Project, cliëntervaringsonderzoeken WMO (voor diverse gemeenten, het project seksuele diversiteit (Eindhoven en Helmond), inzet jeugdverpleegkundige als lid van lokale teams en de jeugdarts als specialist in lokale of regionale expertteams (diverse gemeenten), project STORM (suïcidepreventie en depressie vroeg signalering) en de aanpak kwetsbare kinderen.

5 Financieel meerjarenperspectief

5.1 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 ruim 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.

Bijlage 2 geeft inzicht in de totale kosten en herkomst van de baten per pijler volgens de begroting 2018. Deze bedragen zullen voor 2019 slechts marginaal gaan 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.

5.2 Weerstandsvermogen en risico's

In het najaar van 2017 heeft het Algemeen Bestuur ingestemd met de beleidsnotitie Kaders P&C-documenten 4GR, deel 2. Hierin zijn o.a. kaders vastgesteld voor de hoogte van de Algemene Reserve, zijnde het weerstandsvermogen van de organisatie. Eerder heeft het bestuur besloten dat, gegeven de financieringsstructuur, voor de beide programma's Publieke Gezondheid en Ambulancezorg afzonderlijke algemene reserves worden aangehouden.

In de beleidsnotitie 4GR wordt voor beide programma's een kader stellende bandbreedte vastgesteld van minimaal € 600.000,- en maximaal € 1.200.000,-. Het wordt daarbij echter aan het Algemeen Bestuur van de Verbonden Partij overgelaten of die bandbreedte volledig wordt ingevuld, aangezien dit organisatie-specifiek is en wordt bepaald door de aard van de baten en lasten.

Om risico's te beheersen wordt door de GGD BZO actief risicomanagement ontwikkeld. 3 keer per jaar 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 HKZ-certificeringsschema.

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

Ultimo 2016 bedraagt de Algemene Reserve PG € 536.000. Over 2017 wordt echter een tekort verwacht van ca. € 150.000, met name vanwege gestegen loonkosten (CAO en ABP-premie). De reserve neemt daardoor af naar ca. € 400.000,-. Ook voor 2018 wordt een aanzienlijk tekort verwacht bij PG waardoor die reserve negatief dreigt te worden, een voorstel voor aanvulling van de algemene reserve PG wordt tegelijk met deze kadernota ingediend middels een begrotingswijziging.

Een lage stand van de algemene reserve betekent namelijk dat in het geval van nieuwe financiële tegenvallers het risico voor gemeenten op een aanvullende bijdrage aan de GGD groot is.

Voor AZ worden voorshands geen grote schommelingen in exploitatieresultaten verwacht; de integratie van de RAV in de GGD heeft tot efficiency geleid en de beschikbare extra middelen voor het verbeterplan zijn voldoende om tot een sluitende exploitatie te komen. De omvang van de Algemene Reserve AZ bedraagt ultimo 2017 naar verwachting € 1.050.000,-.

5.3 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 (inmiddels jaarlijkse) analyse door het RIVM van de rittenstatistieken. Bij een aanzienlijke mutatie in het aantal ritten wijzigt dit budget; er is al jaren sprake van een stijging. 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. € 1,75 miljoen voor 30 ambulances, 2 rapid-responder-auto's en 7 piketvoertuigen), *huisvesting* (ca. € 0,6 miljoen voor 7 standplaatsen waarvan 2 nog in eigendom), *medische verbruiks artikelen* (ca. € 0,5 miljoen) en *ICT- en verbindingsvoorzieningen* (ca. € 0,6 miljoen).

In de Tijdelijke wet ambulancezorg (TWaz) zijn een tweetal belangrijke prestatienormen bepaald waaraan de ambulancezorg in Nederland moet voldoen. Voor spoedzorg is wettelijk bepaald dat in geval van een acute levensbedreigende situaties een ambulance, onder normale omstandigheden, op regioniveau in 95% van de gevallen binnen 15 minuten na melding ter plaatse moet zijn. Voor de spreiding van de ambulancestandplaatsen geldt dat deze zodanig is dat in de desbetreffende regio tenminste 97% van de inwoners binnen 12 minuten rijtijd kan worden bereikt door een ambulance. De spreiding van standplaatsen en benodigde capaciteit wordt in Nederland berekend aan de hand van het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg.

Welke majeure ontwikkelingen zien we?

Al jaren neemt de (acute) zorgvraag in Nederland toe, zo ook in de regio Brabant-Zuidoost. Deze stijging creëert met de huidige capaciteit een steeds grotere druk op de beschikbaarheid van ambulances en personeel. Dit heeft ook de focus van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

De NZA heeft eerder de zorgverzekeraars gewezen op hun zorgplicht en verantwoording om in gezamenlijkheid met de RAV-en verbetermaatregelen te treffen, zodanig dat aan de 95%-norm bij A1-ritten wordt voldaan. Hiertoe is een gezamenlijk verbeterplan opgesteld tussen zorgverzekeraars en GGD-AZ. Dit plan is gebaseerd op het hierna genoemde interne verbeterplan.

In de loop van 2018 zal het pand aan de locatie aan de Deken van Somerenstraat in Eindhoven verlaten moeten worden, mede als gevolg waarvan de spreiding van de standplaatsen moet worden herzien.

Beide ontwikkelingen zijn voor de RAV Brabant-Zuidoost aanleiding geweest om onderzoek te doen naar de optimale spreiding van ambulancestandplaatsen en de benodigde ambulancecapaciteit opdat aan de gestelde normen kan worden voldaan. Uitkomst van dit onderzoek was met name dat een 5-tal standplaatsen verplaatst dient te worden en dat een aanzienlijke uitbreiding van de formatie (30 fte) noodzakelijk is. Het bestuur heeft ingestemd met deze aanbevelingen. Voor de uitvoering hiervan is een 3 jarig intern verbeterplan 2017-2019 opgesteld en zorgverzekeraars/NZa hebben hiervoor de noodzakelijke budgetten beschikbaar gesteld. Aan dit plan wordt momenteel uitvoering gegeven; daar waar mogelijk wordt in samenwerking met de Veiligheidsregio gezien of gezamenlijke standplaatsen kunnen worden gerealiseerd. De uitvoering van de huisvestingsplannen vraagt echter meer tijd dan eerder voorzien. Kritische succesfactor om realisatie van het plan te bewerkstelligen is verder de tijdige beschikbaarheid van medewerkers, met name verpleegkundigen. Op dit moment is er krapte op de arbeidsmarkt. Werving van nieuwe medewerkers is dan ook een nadrukkelijk focuspunt van Ambulancezorg Nederland en een belangrijk speerpunt van de GGD Brabant-Zuidoost voor de komende jaren.

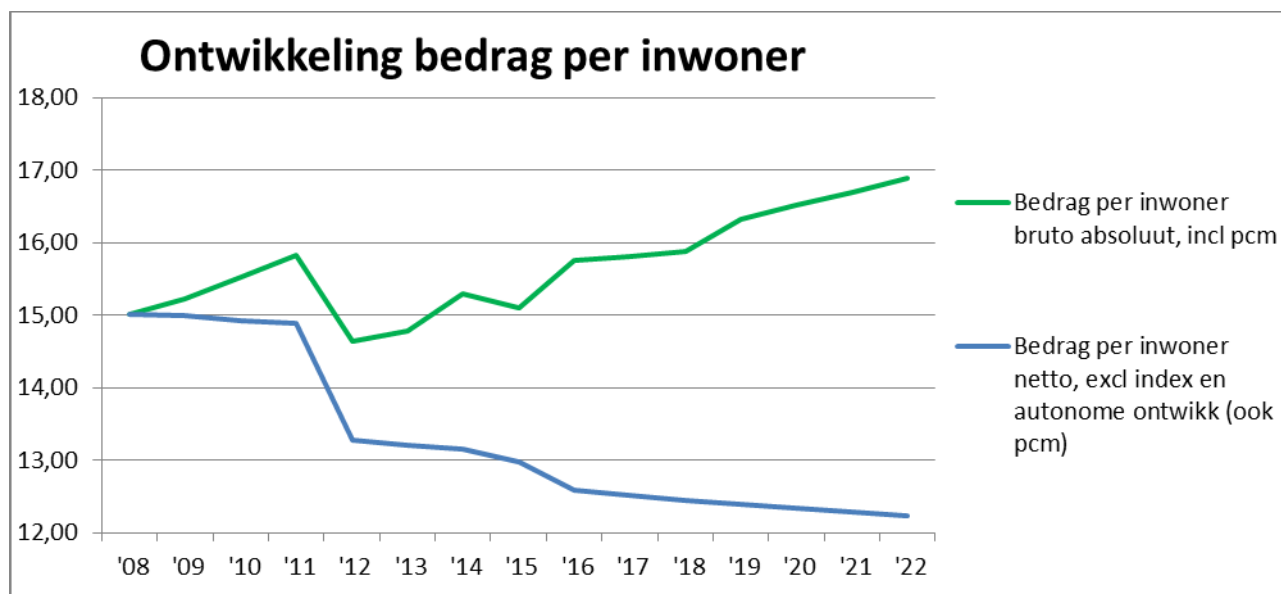
5.4 Programma Publieke Gezondheid.

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 inwonerbijdrage 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?

Budgetafpraak en methode van indexering

De inhoud en omvang van de inhoudelijke taken voor de komende periode zijn zoals opgenomen in het eerste deel van deze kadernota. Met ingang van 2018 is nu een structurele verhoging opgenomen vanwege toegenomen kosten die een gevolg zijn van een stijging van het aantal lijkschouwingen en euthanasieverklaringen. Een voorstel daartoe middels een begrotingswijziging is gelijk met deze kadernota ingediend.

Op voorstel van de eerder genoemde werkgroep van controllers van de vier gemeenschappelijke regelingen is de wijze van indexering voor de 4 GR'en met ingang van de begroting 2018 gelijkgetrokken. 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 2019 betekent dit voor de GGD dat gerekend wordt met de volgende indexering:

Loon 70% * 2,7% = 1,89%

Prijs 30% * 1,4% = 0,42%

Totaal index 2019: **2,31%**

Voor zover nu te overzien kan de GGD de taken, onvoorziene omstandigheden daargelaten, uitvoeren met de huidige gemeentelijke bijdrage in het gezamenlijke takenpakket. De decentralisatie van het RVP zal zeker financiële consequenties hebben, maar nog onduidelijk hoeveel; als daar duidelijkheid over is zal dit met een begrotingswijziging worden voorgelegd. In 2018 ontstaan, naast eenmalige, ook tekorten die mogelijk doorwerken in 2019. Dit betreft de algemene salariskostenstijging en de noodzakelijke extra inzet JGZ voor statushouders kinderen.

In welke mate deze financiële consequenties hebben voor 2019 zal in de loop van 2018 worden gezien en dan eventueel bij de begrotingsvaststelling of middels begrotingswijziging worden voorgelegd.

Indicatie inwonersbijdrage 2019 – 2022

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 2020 e.v. met een geschatte index van 1,5%.

	2019	2020	2021	2022
#inwoners (aanne + 0,4%/jaar)	764.896	767.956	771.028	774.112
gemeent. bijdr. p/inwoner progr begr '18	€ 11.462.000			
toename lijkschouw/euthanasieverklaringen	€ 100.000	€ 20.000		
index (aanne '20 e.v. 1,5%/jaar)	€ 265.000	€ 177.000	€ 180.000	€ 183.000
totaal gemeent. bijdr. p/inw. geraamd	€ 11.827.000	€ 12.024.000	€ 12.204.000	€ 12.387.000
bedrag per inwoner gez. taken	€ 15,46	€ 15,66	€ 15,83	€ 16,00
gem bijdr pubercontactmoment prog begr '18	€ 640.000			
index (aanne '20 e.v. 1,5%/jaar)	€ 15.000	€ 10.000	€ 10.000	€ 10.000
gemeent. bijdr. Pubercontactmoment *	€ 655.000	€ 665.000	€ 675.000	€ 685.000
totaal gem bijdr gez.pakket geraamd	€ 12.482.000	€ 12.689.000	€ 12.879.000	€ 13.072.000
* 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, in totaal ca 2,1 miljoen. 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. € 1,0 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. Die opzet lijkt (nagenoeg volledig) geslaagd, hoewel dit geen zekerheid biedt op een langdurige stabiele omvang. Om de inzet van JGZ in lokale netwerken te kunnen blijven continueren wordt nu miv 2018 het tarief voor JGZ-verpleegkundige verder verlaagd.

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.

Behoudens de genormeerde bijdragen van Helmond en Eindhoven voor het gebruik van onderzoek locaties in de beide hoofdgebouwen, vervallen de specifieke bijdragen voor JGZ-locaties met ingang van 2018; inmiddels wordt in alle gemeenten de JGZ-locatie door de gemeente geregeld en integraal betaald, zodat deze niet meer in een algemene bijdragesfeer vallen.

Per 2021 eindigt naar verwachting een garantieregeling waarvoor de regiogemeenten jaarlijks nog een bijdrage betalen. Dan resteert alleen nog de fusie-bijdrage van Eindhoven voor de uitloopschalen; dit betreft een langjarige verplichting die nog slechts geleidelijk afneemt, zie bijlage 4.

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 Reizigerszorg (ca. € 1,25 miljoen hoofdzakelijk particulieren), bijdragen Rijk voor SOA-bestrijding (ca. € 0,9 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?

De taken voor derden staan de laatste jaren onder druk, hoewel de totale omvang ervan gemiddeld genomen gelijk is gebleven.

Reizigerszorg ondervindt steeds meer concurrentie van de markt (huisartsen, commerciële bedrijven). De GGD heeft momenteel een behoorlijke marktpositie in onze regio (ca 18.000 klanten per jaar) en voert deze taak kostendekkend uit. We willen ons marktaandeel tenminste behouden en kostendekkend blijven werken, de vraag is echter of dit op termijn slagen.

De landelijke politie heeft forensische dienstverlening in 2015 aanbesteed maar uiteindelijk de aanbesteding gecancelld. Bestaande contracten zijn verlengd tot 1 januari 2018. We verwachten een nieuwe aanbesteding vanuit de politie. Het risico bestaat dat bij een nieuwe aanbesteding het deel arrestantenzorg niet aan de GGD wordt gegund.

De financiering van het Rijksvaccinatieprogramma zal met ingang van 2019 overgaan naar de gemeenten; zodra de exacte invulling en financiering daarvan bekend is, zal dat met een begrotingswijziging worden voorgelegd.

Vooralsnog wordt per saldo geen substantiële wijziging in de totale omvang van de taken voor derden in de begroting voorzien.

Algemene kostenontwikkeling

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

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 december 2018, en er valt nog weinig te zeggen over een verwachting voor de nieuwe cao. De loonkostenontwikkeling vanaf 2019 is derhalve nog 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 zeggen. Een eventueel verschil tussen de geraamde indexering en de werkelijke kostenontwikkeling wordt, voor zover mogelijk, verrekend middels de algemene reserve.

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 Wet Veiligheidsregio's 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 Voeding- en Warenwet WMO 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</i> <i>(JGZ, GB, AGZ)</i>	J	N	J	Wet Lijkbezorging Euthanasiewet - - -

Bijlage 2 Financiering per pijler 2018

Pijlers	Kosten en 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	1,37	1.105.000	10.000	70.000		140.000	1.325.000	
Uitvoerende taken gezondheidsbescherming	1,80	1.450.000	25.000	870.000	40.000	1.135.000	3.520.000	
PG bij incidenten, rampen en crises	0,38	305.000				15.000	320.000	
Toezicht houden	0,07	55.000		720.000		15.000	790.000	
Jeugdgezondheidszorg	5,48	4.405.000	100.000				4.505.000	
PuberContactMoment JGZ*	(0,56)	450.000					450.000	
Ambulancezorg	0,00	0		20.000	15.935.000	45.000	16.000.000	
Aanvullende taken PG	0,17	140.000		710.000	85.000	355.000	1.290.000	
Overhead PG	5,21	4.190.000	85.000	600.000	340.000	20.000	5.775.000	
Overhead AZ				10.000	1.155.000	3.165.000	4.350.000	
Vennootschapsbelasting					pm	25.000	25.000	
totaal	15,05	12.100.000	220.000	2.130.000	2.450.000	19.160.000	2.290.000	38.350.000

* 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 2018 (€ 450.000) herrekend naar een bedrag per inwoner (0,56), in de totaaltelling van het bedrag per inwoner is deze, om verwarring met de bedragen in andere bijlagen te voorkomen, niet opgenomen .

Bijlage 3 Ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijk takenpakket

Ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijke takenpakket 2019-2022, obv benoemde uitgangspunten in kadernota 2019																
Gemeente	#inwoners 1-1-2018	#inwoners 1-1-2019	#inwoners 1-1-2020	#inwoners 1-1-2021	2019			2020			2021			2022		
					€ 15,46	pcm	totaal	€ 15,66	pcm	totaal	€ 15,83	pcm	totaal	€ 16,00	pcm	totaal
Asten	16.783	16.850	16.917	16.985	259.500	13.692	273.192	263.823	13.901	277.723	267.772	14.110	281.882	271.788	14.319	286.106
Bergeijk	18.411	18.485	18.559	18.633	284.680	14.904	299.584	289.422	15.131	304.554	293.755	15.359	309.114	298.160	15.586	313.746
Best	29.236	29.353	29.471	29.589	452.061	26.289	478.350	459.591	26.691	486.281	466.471	27.092	493.563	473.466	27.493	500.959
Bladel	20.141	20.222	20.303	20.384	311.428	16.250	327.678	316.616	16.498	333.114	321.356	16.746	338.102	326.174	16.994	343.169
Cranendonck	20.846	20.929	21.013	21.097	322.326	16.147	338.473	327.695	16.393	344.088	332.601	16.640	349.241	337.588	16.886	354.474
Deurne	32.078	32.206	32.335	32.464	495.994	26.681	522.675	504.256	27.088	531.344	511.805	27.495	539.300	519.479	27.903	547.382
Eersel	18.607	18.682	18.756	18.831	287.708	14.304	302.011	292.500	14.522	307.022	296.879	14.740	311.619	301.330	14.959	316.289
Eindhoven	227.857	228.768	229.683	230.602	3.523.173	201.290	3.724.463	3.581.858	204.363	3.786.221	3.635.478	207.436	3.842.914	3.689.993	210.509	3.900.502
Geldrop-Mierlo	39.193	39.350	39.507	39.665	606.013	33.911	639.925	616.108	34.429	650.537	625.331	34.947	660.277	634.708	35.464	670.172
Gemert-Bakel	30.152	30.273	30.394	30.515	466.219	24.483	490.702	473.985	24.857	498.842	481.080	25.231	506.311	488.294	25.604	513.899
Heeze-Leende	15.764	15.827	15.890	15.954	243.743	12.205	255.949	247.803	12.391	260.195	251.513	12.578	264.091	255.285	12.764	268.049
Helmond	90.950	91.314	91.679	92.046	1.406.295	90.696	1.496.991	1.429.719	92.081	1.521.800	1.451.122	93.466	1.544.588	1.472.882	94.850	1.567.732
Laarbeek	22.045	22.133	22.222	22.310	340.862	18.109	358.971	346.540	18.386	364.926	351.727	18.662	370.390	357.002	18.939	375.940
Nuenen, Gerwen e	22.944	23.036	23.128	23.221	354.772	17.935	372.707	360.681	18.209	378.890	366.080	18.483	384.563	371.570	18.757	390.327
Oirschot	18.585	18.659	18.734	18.809	287.366	14.793	302.159	292.153	15.019	307.172	296.526	15.245	311.771	300.973	15.470	316.443
Reusel-De Mierden	12.965	13.017	13.069	13.121	200.462	9.934	210.396	203.801	10.085	213.887	206.852	10.237	217.089	209.954	10.389	220.343
Somer en	19.153	19.230	19.307	19.384	296.153	14.661	310.814	301.086	14.885	315.971	305.593	15.109	320.702	310.175	15.333	325.508
Son en Breugel	16.680	16.747	16.814	16.881	257.917	14.160	272.077	262.213	14.376	276.589	266.138	14.593	280.731	270.129	14.809	284.938
Valkenswaard	30.602	30.724	30.847	30.971	473.174	24.105	497.279	481.055	24.473	505.528	488.257	24.841	513.098	495.578	25.209	520.787
Veldhoven	44.919	45.099	45.279	45.460	694.547	35.989	730.536	706.116	36.539	742.655	716.687	37.088	753.775	727.433	37.637	765.071
Waalre	16.984	17.052	17.120	17.188	262.605	14.462	277.068	266.979	14.683	281.663	270.976	14.904	285.880	275.039	15.125	290.164
	764.896	767.956	771.028	774.112	11.827.000	655.000	12.482.000	12.024.000	665.000	12.689.000	12.204.000	675.000	12.879.000	12.387.000	685.000	13.072.000



Brabant-Zuidoost

Bijlage 4 Verloop structurele overige bijdragen gemeenten

(blauw gearceerd is de specificatie van 2019)																							
Gemeente	Inwoners per 1-1-2017	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	Totaal 2022
		1)				1)	1)	1)															
Asten	16.716	1.094							6.471	6.530	7.009	5.745	6.161	5.064	4.558	4.803	4.341	1.310	1.094	1.094	0	0	0
Bergeijk	18.338	1.200							4.386	4.278	5.270	3.697	3.618	3.002	1.727	1.446	1.488	1.442	1.200	1.200	0	0	0
Best	29.120	1.905							7.036	6.879	8.458	5.919	5.772	4.753	2.719	2.266	2.332	2.289	1.905	1.905	0	0	0
Bladel	20.061	1.313							4.621	4.524	5.575	3.921	3.875	3.243	1.863	1.570	1.616	1.577	1.313	1.313	0	0	0
Cranendonck	20.763	1.359							4.917	4.795	5.909	4.163	4.085	3.383	1.933	1.614	1.661	1.632	1.359	1.359	0	0	0
Deurne	31.950	2.091							16.224	16.195	17.739	15.616	15.193	15.015	13.014	12.509	15.582	2.517	2.091	2.091	0	0	0
Eersel	18.533	1.213							4.372	4.280	5.270	3.718	3.635	3.010	1.729	1.441	1.483	1.465	1.213	1.213	0	0	0
Eindhoven	226.949		48.000					100.000	1.013.500	908.020	740.584	584.839	500.484	460.024	421.500	267.959	194.000	162.000	163.000	148.000	149.000	150.000	151.000
Geldrop-Mierlo	39.037	2.554							19.175	19.824	21.687	19.437	19.335	18.044	12.682	15.578	16.668	3.071	2.554	2.554	0	0	0
Gemert-Bakel	30.032	1.965							14.762	16.276	18.895	18.324	15.709	14.836	9.762	11.822	12.890	2.342	1.965	1.965	0	0	0
Heeze-Leende	15.701	1.027							3.675	-43	4.424	3.121	3.062	2.543	1.463	1.217	1.252	1.236	1.027	1.027	0	0	0
Helmond	90.588	5.927	25.000						114.870	124.189	133.630	70.127	40.242	37.211	31.454	30.072	30.778	31.116	29.927	30.927	30.927	26.000	26.000
Laarbeek	21.957	1.437							5.272	5.155	6.329	4.420	4.306	3.579	2.067	1.728	1.778	1.734	1.437	1.437	0	0	0
Nuenen c.a.	22.853	1.495							5.504	5.347	6.540	4.555	4.454	3.734	2.148	1.790	1.843	1.797	1.495	1.495	0	0	0
Oirschot	18.511	1.211							4.329	4.225	5.184	3.634	3.571	2.958	1.702	1.424	1.466	1.437	1.211	1.211	0	0	0
Reusel-De Mierden	12.913	845							2.999	2.922	3.620	2.567	2.524	2.095	1.203	1.008	1.037	1.012	845	845	0	0	0
Someren	19.077	1.248							4.400	4.303	6.741	5.965	5.068	4.597	1.768	1.481	1.524	1.494	1.248	1.248	0	0	0
Son en Breugel	16.614	1.087							3.711	3.658	4.521	3.177	3.135	2.621	1.531	1.285	1.322	1.297	1.087	1.087	0	0	0
Valkenswaard	30.480	1.994							22.496	23.031	24.369	21.791	20.787	20.674	17.903	17.903	18.473	2.390	1.994	1.994	0	0	0
Veldhoven	44.740	2.927							10.497	10.183	12.530	8.839	8.735	7.269	4.186	3.497	3.599	3.500	2.927	2.927	0	0	0
Waalre	16.916	1.107							4.008	3.956	4.818	3.388	3.306	2.732	1.587	1.328	1.366	1.345	1.107	1.107	0	0	0
TOTAAL 2008		126.000	66.000	356.500	151.000	263.000	72.000	243.000	1.277.227	1.178.524	1.049.099	796.963	677.057	620.384	538.500	383.741	316.500	228.000	222.000	208.000	209.000	176.000	177.000
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		42.000	71.000	0	0	0	0	115.000										228.000					
TOTAAL 2018		35.000	71.000	0	0	0	0	117.000											223.000				
TOTAAL 2019		35.000	72.000	0	0	0	0	101.000												208.000			
TOTAAL 2020		35.000	73.000	0	0	0	0	101.000													209.000		
TOTAAL 2021			75.000	0	0	0	0	101.000														176.000	
TOTAAL 2022			76.000	0	0	0	0	101.000															177.000

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%