



Noord- en Oost-Gelderland



Programmabegroting 2016

concept 1.6



GGD Noord- en Oost-Gelderland
Apeldoorn, februari – juni 2015

Naam eigenaar	Thijs Nijland/Rob Schwebke
Behandeld in MT	23 febr. en 9 mrt 2015
Advies OR	gepland mei/juni 2015
Concept vastgesteld DB	16/03/2015
Concept besproken in AB	23/04/2015
Reactietermijn gemeenten	28/04-23/06/2015
Commentaar DB op reacties	gepland 12/06/2015
Vastgesteld AB	gepland 09/07/2015
Ondertekend door (naam + datum)	gepland 09/07/2015
Versie	1.6
Ingangsdatum	01/01/2016
Regeling expireert op	31/12/2016

INHOUDSOPGAVE

1	Opzet Programmabegroting	15
1.1	Aansturing GGD	15
1.2	Onderdelen Programmabegroting	15
1.3	Productenbegroting en verantwoording	16
2	Bestuurlijk kader	17
2.1	Bestuursagenda 2014-2018 en missie	17
2.2	Taken GGD	18
3	Financiële uitgangspunten	20
3.1	Uitgangspuntennota 2016	20
3.2	Indexering	20
4	Programma Jeugdgezondheidszorg	23
4.1	Wat willen we bereiken?	23
4.2	Wat gaan we ervoor doen?	23
4.3	Wat mag het kosten?	26
5	Programma Algemene gezondheidszorg	27
5.1	Wat willen we bereiken?	27
5.2	Wat gaan we ervoor doen?	27
5.3	Wat mag het kosten?	30
6	Programma Kennis- en Expertise	31
6.1	Wat willen we bereiken?	31
6.2	Wat gaan we ervoor doen?	31
6.3	Wat mag het kosten?	33
7	Programma Maatschappelijke Zorg	34
7.1	Wat willen we bereiken?	34
7.2	Wat gaan we ervoor doen?	34
7.3	Wat mag het kosten?	35
8	Bestuursondersteuning en organisatieprojecten	36
8.1	Wat willen we bereiken?	36
8.2	Wat gaan we ervoor doen?	36
8.3	Wat mag het kosten?	39
9	Gemeentelijke inwonerbijdrage	40
9.1	Wat willen we bereiken?	40
9.2	Wat gaan we ervoor doen?	40
9.3	Wat mag het kosten?	40
10	Paragrafen	41
10.1	Weerstandsvermogen en risicobeheersing	41
10.2	Financiering	44
10.3	Bedrijfsvoering	45
10.4	Verbonden partijen	47
11	Financiële begroting	49
11.1	Overzicht baten en lasten 2016	50
11.2	Inwonerbijdragen	51
11.3	Meerjarenraming	52
11.4	Staat van activa	53
12	Bijlage A: Toelichting indexering	54
13	Bijlage B: Verdeling inwonerbijdrage openbare en jeugdgezondheidszorg	56

Aanbiedingsbrief



Hierbij bieden wij u de concept-Programmabegroting 2016 van GGD Noord- en Oost-Gelderland aan. Wij verzoeken de raden van de deelnemende gemeenten om **vóór 23 juni 2015** hun zienswijzen aan ons te sturen.

In januari 2015 hebben wij de Uitgangspuntennota 2016 toegezonden aan de raden van de deelnemende gemeenten. De ontvangen reacties hebben wij betrokken bij het opstellen van deze Programmabegroting. U treft in op p. 7 een samenvatting aan van hoe wij de reacties van de gemeenten hebben verwerkt. Inhoudelijk bouwen wij in de Programmabegroting voort op de kaders en doelen uit de Uitgangspuntennota 2016 en de Bestuursagenda 2014-2018. Per programma hebben wij de belangrijkste beleidsprioriteiten voor de koers van de GGD in 2016 uitgewerkt.

Wat de financiën betreft hebben wij de indexering aangepast aan de actuele cijfers van het Centraal Planbureau (CPB). In de Uitgangspuntennota gingen wij voorlopig nog uit van een index van 1%. In de Programmabegroting is dat 0,45%. De gemeentelijke bijdrage per inwoner voor de basisproducten is nu geraamd op € 13,70. In de Programmabegroting zijn de lasten en baten uitgewerkt in de vier inhoudelijke programma's Jeugdgezondheidszorg, Algemene Gezondheidszorg, Kennis en Expertise en Maatschappelijke zorg.

Op 23 april 2015 heeft het Algemeen Bestuur van de GGD de concept-Programmabegroting 2016 besproken. Het Algemeen Bestuur bestaat uit de wethouders volksgezondheid van de 22 deelnemende gemeenten. In juni bespreken wij binnen het Dagelijks Bestuur de reacties van de gemeenteraden. Het Algemeen Bestuur beslist op 9 juli over de vaststelling van de begroting.

Wij verzoeken u om uw reactie zo spoedig mogelijk, maar vóór 23 juni aan ons te sturen. Ook voorlopige reacties of standpunten helpen ons bij de voorbereiding op de behandeling van de Programmabegroting 2016 in het Algemeen Bestuur op 9 juli 2015.

Als u vragen heeft, kunt u contact opnemen met:

- R. Schwebke, financieel adviseur, 088 443 3525, r.schwebke@ggdnog.nl
- T. Nijland, directiesecretaris, 088 443 3270, t.nijland@ggdnog.nl.

Apeldoorn, 24 april 2015

Het Dagelijks Bestuur

D.W. ten Brinke
algemeen directeur/secretaris

A. Kleijer
voorzitter

Hoofdpijnen reacties Uitgangspuntennota 2016

Algemeen

- De reacties van de gemeenten op de Uitgangspuntennota 2016 zijn overwegend positief. Veel gemeenten ondersteunen uitdrukkelijk de **inhoudelijke uitgangspunten**. Lochem toont zich in de reactie uitgesproken positief. *Wij zien hierin een bevestiging dat wij de goede koers hebben ingezet met de Bestuursagenda 2014-2018, waarin de AB-leden de gedeelde ambities en agendapunten voor deze bestuursperiode hebben vastgelegd.*
- Enkele gemeenten noemen de discussie over de **toekomst van jeugd-gezondheidszorg** als aandachtspunt. Apeldoorn en Hattem wijzen op de standpunten die zij hierover hebben ingenomen. Apeldoorn geeft aan dat de nota het vertrouwen geeft dat wij de discussie in goede banen leiden. *Inmiddels hebben wij als Dagelijks Bestuur een inhoudelijke dialoog met de gemeenten gestart. Daarna komen mogelijke organisatievormen aan de orde. Het vervolg is afhankelijk van de inbreng van de gemeenten en de uiteindelijk genomen besluiten. Vooralsnog gaan wij uit van koersbepaling eind 2015 en uitwerking in 2016-2017.*
- Apeldoorn, Heerde en Montferland wijzen op het belang dat de indeling van **wettelijke / verplichte en bovenwettelijke / niet-verplichte taken** van de GGD duidelijker wordt. *In de AB-vergadering van 13 maart 2015 hebben wij toegezegd dat wij een notitie voorleggen aan het AB op 9 juli 2015. Met deze notitie willen wij de gemeenten meer inzicht bieden en de dialoog starten over een andere indeling van basis- en aanvullende diensten van de GGD en de flexibele inzet voor maatschappelijk georiënteerde taken. Ons streven is dat het AB op 26 november 2015 een besluit neemt. Daarna wordt dit besluit doorgevoerd.*

Financieel

- De Achterhoekse gemeenten gaan akkoord met de voorgestelde **indexering**. Zij verzoeken wel om hun eerdere voorstel over de indexering te betrekken bij het aangekondigde onderzoek over indexering. Een belangrijk element in het Achterhoekse voorstel is dat de ontwikkeling van de inkomsten van gemeenten (Gemeentefonds) wordt meegenomen.

Het Algemeen Bestuur heeft een verkennende notitie over indexering besproken in zijn vergadering op 12 maart 2015. Hierbij hebben wij een voorstel aangekondigd voor de AB-vergadering op 9 juli 2015. Wij betrekken het voorstel van de Achterhoekse gemeenten hierbij.

- De gemeente Apeldoorn stelt voor alsnog rekening te houden met de **premie-ontwikkeling** in de berekening van de index. Daarnaast hanteert Apeldoorn een **rente** van 1% op activa (in plaats van 2,5%).

Wij hebben deze voorstellen overgenomen.

- Enkele gemeenten (Apeldoorn, Hattem, Nunspeet en Zutphen) dringen aan op **bezuinigingen**, deels ook met oplossingsrichtingen. Genoemd worden

bezuinigingsscenario's van € 120.000 tot (op termijn) bijna € 700.000. Bronckhorst, Lochem en Montferland steunen ons standpunt om eventuele discussie over bezuinigingen te voeren in samenhang met de **taak-uitvoering**.

In de Bestuursagenda 2014-2018 hebben de gemeenten uitgesproken financiële vraagstukken te benaderen vanuit een balans tussen gemeentelijke financieringsmogelijkheden en ambities voor publieke gezondheid. De discussie over mogelijke bezuinigingen voeren wij in samenhang met de inhoud en omvang van het takenpakket van de GGD. Wij handhaven de inspanningsverplichting tot het "inverdienen" van de indexering. De indexering van de begroting vindt na 2016 plaats op basis van de (nieuwe) besluiten die het Algemeen Bestuur in 2015 neemt. De dialoog over de jeugdgezondheidszorg zal gevolgen hebben voor de organisatie en financiën van de GGD. Ook werken wij aan verheldering van verplichte en niet-verplichte taken van de GGD.

In de huidige situatie, waarin bij en rondom de GGD veel in beweging is, vinden wij een kerntakendiscussie in het kader van de begroting 2016 niet opportuun. Ook stellen wij vast dat een beperkt aantal gemeenten bezuinigingen aan de orde stellen. Op dit moment is de bezuinigingsvraag voor de meerderheid van de gemeenten niet urgent.

Wij verwachten dat in 2016 er meer duidelijkheid is op de verschillende dossiers. Dan willen wij binnen het Algemeen Bestuur in gesprek gaan over een helder financieel meerjarenperspectief.

De veranderingen in het sociale domein bieden ook nieuwe kansen voor de publieke gezondheid en de GGD als uitvoeringsorganisatie. Gemeenten kunnen (nieuwe) taken onderbrengen bij de GGD, zoals al gebeurt bij toegang beschermd wonen en toezicht uitvoering Wmo 2015. Preventie, monitoring en signalering zijn belangrijke taken voor gemeenten in het sociale domein. Hierin kan de GGD een rol spelen, ook als het instrument om de kosten voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg te beheersen.

Overige punten

- Berkelland en Bronckhorst willen graag de **reactietermijn** van acht weken (verder) verlengen.

Wij zeggen toe te bekijken of de Uitgangspuntennota de volgende keer in december kan verschijnen, zodat de gemeenten enkele weken extra hebben voor hun reactie. Het is lastig om (ook) de reactietermijn voor de programmabegroting te verlengen. In de praktijk beschikken de gemeenten echter al enkele weken vóór de formele toezending aan de raden over de eerste concept-programmabegroting. Het Algemeen Bestuur bespreekt het eerste concept in zijn vergadering vóór de reactietermijn. De ambtelijke voorbereiding kan dan al starten.

- Bronckhorst verzoekt de **inwonerbijdrage** tegen het licht te houden tegen de achtergrond van ontgroening en vergrijzing. Putten verwijst naar het solidariteitsprincipe en wil bij de discussie over de bekostiging het totale takenpakket van de GGD betrekken.

Hiervoor verwijzen wij naar onze reactie onder "Financieel", 3^e bullet.

Tijdsplanning Programmabegroting 2016 GGD NOG

Vóór toezending aan gemeenteraden

- Informatie planning 2015
Wij hebben de gemeenteraden in december 2014 geïnformeerd over het vergaderschema 2015 van het Algemeen Bestuur¹. Daarbij hebben wij ook de planning van de begroting 2016 gemeld.
- Uitgangspuntennota 2016
De colleges van B&W hebben bij brief van 20 januari 2015 de Uitgangspuntennota voor de begroting 2016 ontvangen. De gemeenteraden hebben wij verzocht vóór 16 maart te reageren. Het Algemeen Bestuur van de GGD heeft op 16 maart 2015 de Uitgangspuntennota besproken. De ontvangen reacties hebben wij betrokken bij het opstellen van deze Programmabegroting.
- toezending Programmabegroting 2016
Wij zenden de concept-Programmabegroting 2016 zo spoedig mogelijk na de behandeling in de AB-vergadering van 23 april 2014, maar in ieder geval vóór 28 april aan de gemeenteraden.

Vanaf toezending aan gemeenteraden

Na de toezending van de concept-Programmabegroting (vóór 28 april 2014) aan de gemeenteraden is de planning voor de vaststelling van de begroting volgt:

Wanneer	Wat
vóór 23 juni	<ul style="list-style-type: none">• gemeenten kunnen zienswijzen op concept-Programmabegroting 2016 sturen naar Dagelijks Bestuur GGD
12 juni	<ul style="list-style-type: none">• DB GGD bespreekt tot dan ontvangen reacties in vergadering• daarna zo nodig overleg portefeuillehouder financiën en andere DB-leden over voorbereiding Algemeen Bestuur GGD
9 juli	<ul style="list-style-type: none">• AB GGD beslist over vaststelling Programmabegroting 2016 (voorbereiding in ambtelijk overleg)

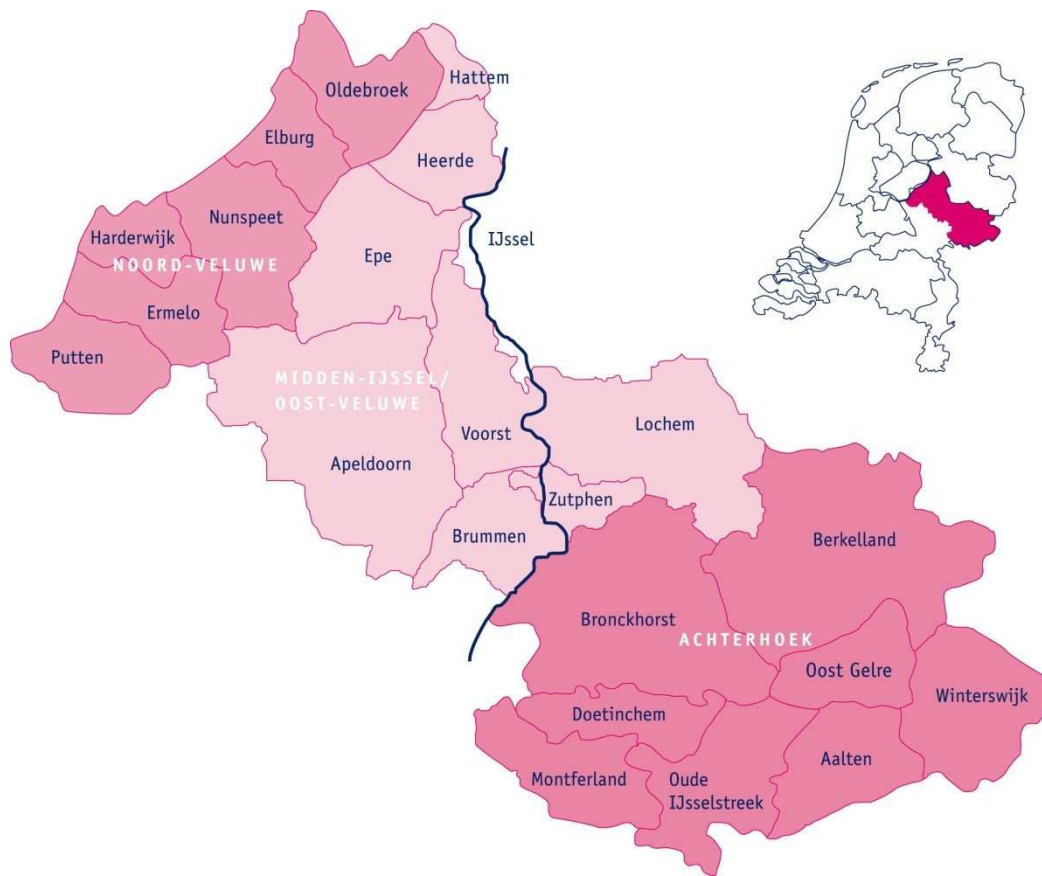
Ook concept-reacties zijn welkom

Het blijkt in de praktijk soms lastig te zijn om tijdig een (formele) reactie van de gemeenteraad te bepalen. Als dit niet mocht lukken, dan verzoeken wij u om in ieder geval te reageren vóór de vergadering van het Algemeen Bestuur van GGD NOG op 9 juli 2015. Ook concept-zienswijzen vinden wij nuttig voor de voorbereiding op de AB-vergadering.

¹ Het Algemeen Bestuur van de GGD bestaat uit de wethouders volksgezondheid van de 22 deelnemende gemeenten. Het AB kiest uit zijn midden een Dagelijks Bestuur. Hierin hebben nu vijf wethouders zitting en ook één burgemeester, namens het DB van Veiligheidsregio NOG, met de portefeuille geneeskundige organisatie in de regio (GHOR).

Kerngegevens begroting 2016

Werkgebied



Deelnemende gemeenten en inwoneraantallen 31-12-2014

Aantal deelnemende gemeenten	22
Totaal aantal inwoners	812.224

De GGD sluit aan bij het lokale niveau en de regionale samenwerking van gemeenten, zoals die binnen de drie regio's Achterhoek, Midden-IJssel/Oost-Veluwe en Noord-Veluwe.

Noord-Veluwe		Midden-IJssel / Oost-Veluwe		Achterhoek	
Elburg	22.839	Apeldoorn	158.059	Aalten	26.903
Ermelo	26.184	Brummen	20.983	Berkelland	44.381
Harderwijk	45.757	Heerde	18.517	Bronckhorst	36.721
Nunspeet	26.732	Hatterm	11.819	Doetinchem	56.494
Oldebroek	23.006	Epe	32.222	Montferland	35.136
Putten	24.383	Lochem	33.245	Oost Gelre	29.535
		Voorst	23.913	Oude IJsselstreek	39.557
		Zutphen	46.833	Winterswijk	29.005
totaal	168.901	totaal	345.591	totaal	297.732
aantal gemeenten	6	aantal gemeenten	8	aantal gemeenten	8

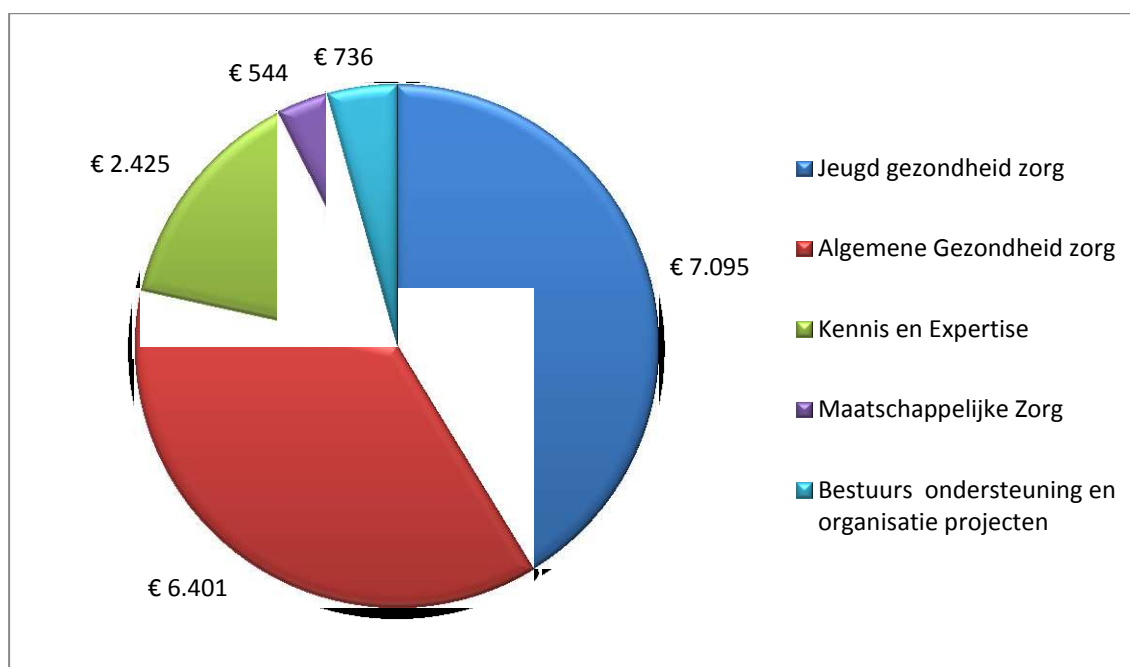
Personeelsbestand per 01-01-2015

	in vaste dienst	flexibele schil (tijdelijke dienst en payroll)	totaal
Aantal medewerkers	220	36	256
Aantal fte's	150	21	171
Gemiddelde fte	0,68	0,58	0,67

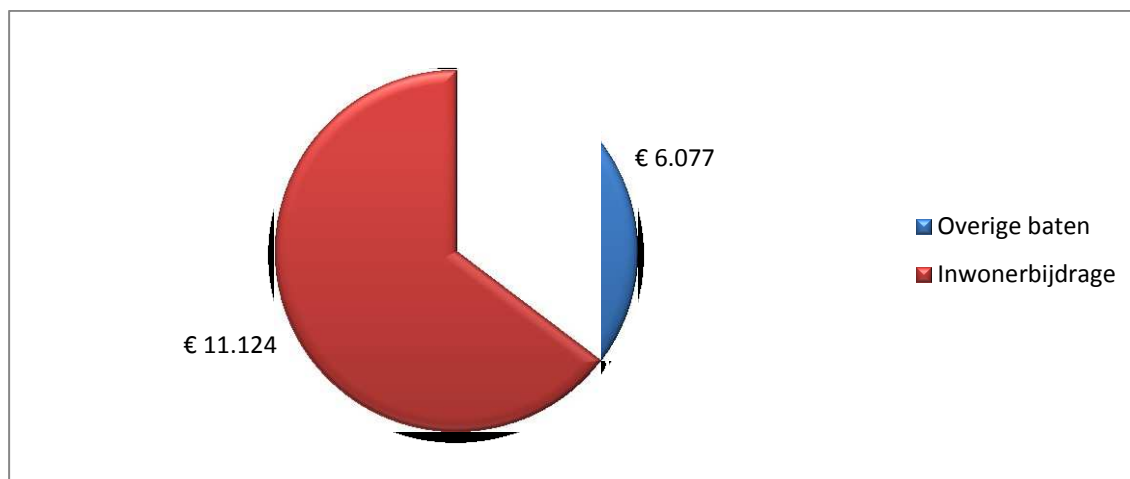
Totaal lasten en baten begroting 2016

Lasten	€ 17.201.000
Baten	€ 17.201.000

Verdeling totale lasten over programma's 2016(in € 1.000)



Verdeling baten 2016 (in € 1.000)



BESLUIT



Noord- en Oost-Gelderland

Het Algemeen Bestuur van GGD Noord- en Oost-Gelderland; ·

BESLUIT:

de begroting 2016 van GGD Noord- en Oost-Gelderland vast te stellen.

Aldus besloten in de openbare vergadering van 9 juli 2015

D.W. ten Brinke
algemeen directeur/secretaris

A. Kleijer
voorzitter

TOELICHTING

1 Opzet Programmabegroting

1.1 Aansturing GGD

Gemeenten en GGD

De betrokken 22 colleges van burgemeester en wethouders hebben de afspraken over hun samenwerking rond de GGD vastgelegd in een gemeenschappelijke regeling, de Samenwerkingsregeling GGD Noord- en Oost-Gelderland.

Bestuursagenda 2014-2018

In de Bestuursagenda 2014-2018 staat de toekomstvisie voor de GGD, met de gedeelde ambities en agendapunten voor deze bestuursperiode. Het Algemeen Bestuur van de GGD, bestaande uit de wethouders volksgezondheid van de deelnemende gemeenten, heeft de Bestuursagenda op 12 maart 2015 vastgesteld.

Rijksoverheid en GGD

De GGD heeft niet alleen te maken met de gemeenten als opdrachtgever. Een aanzienlijk deel van de taken wordt ook gestuurd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en als verlengde daarvan, het Rijksinstituut voor Milieu en Volksgezondheid (RIVM).

Kwaliteit

De GGD is een overheidsorgaan én een zorginstelling. De GGD valt onder de Kwaliteitswet zorginstellingen en onder het toezicht van de Inspectie voor de gezondheidszorg. De Inspectie stelt certificering volgens de HKZ-normen verplicht (HKZ - Stichting Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector).

Accent op taken met gemeentelijke beleidsruimte

In het programmadeel van deze begroting leggen wij de nadruk op de GGD-taken, waarbij de gemeenten ruimte hebben voor eigen (gezondheids)beleid. Minder aandacht kan uitgaan naar producten of delen daarvan die grotendeels worden bepaald door landelijke richtlijnen en medische standaarden.

1.2 Onderdelen Programmabegroting

GGD NOG volgt, net als gemeenten, de financiële regelgeving uit de Gemeentewet en het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten (BBV). De programmabegroting bestaat uit de beleidsbegroting en financiële begroting.

Beleidsbegroting

Het eerste onderdeel van de beleidsbegroting is het programmaplan, met de bestuurlijk relevante hoofdpunten van het GGD-beleid. In het programmaplan komen de drie, ook bij gemeenten bekende vragen aan de orde:

- wat willen we bereiken?
- wat gaan we ervoor doen?
- wat mag het kosten?

Er zijn vier inhoudelijke programma's:

- Jeugdgezondheidszorg
- Algemene Gezondheidszorg
- Kennis en Expertise
- Maatschappelijke zorg

Daarnaast zijn er de ondersteunende programma's:

- Bestuursondersteuning en organisatieprojecten
- Gemeentelijke inwonerbijdrage

Het tweede onderdeel van de beleidsbegroting wordt gevormd door de verplichte financiële paragrafen. Voor GGD NOG zijn dit de paragrafen over:

- weerstandsvermogen en risicobeheersing
- financiering
- bedrijfsvoering
- verbonden partijen.

Financiële begroting

Naast de beleidsbegroting omvat de programmabegroting de financiële begroting. Deze bestaat uit:

- het overzicht van de baten en lasten op basis van de zes programma's
- het overzicht van de gemeentelijke inwonerbijdragen voor de basisproducten
- de meerjarenraming
- de Staat van activa (voorgenomen investeringen 2016).

Dit najaar volgen nog de actualisering van de financiële begroting en de Staat van activa. Wij leggen deze onderdelen bij begrotingswijziging voor aan het Algemeen Bestuur op 26 november 2015. Voor de inwonerbijdrage heeft dit geen gevolgen.

1.3 Productenbegroting en verantwoording

Naast Uitgangspuntennota en de Programmabegroting kent GGD NOG als onderdelen van de bestuurlijke planning- en control-cyclus:

- de productenbegroting:
inhoudelijke, financiële gegevens en prestatiegegevens per product of productgroep, vastgesteld door het Dagelijks Bestuur. Het Algemeen Bestuur en de gemeenten ontvangen de productenbegroting ter informatie (AB-vergadering 26 november 2015).
- de bestuursrapportages
tussentijdse verantwoording door het Dagelijks Bestuur aan het Algemeen Bestuur in de eerste vier en acht maanden van het begrotingsjaar (AB-vergadering 9 juli en 26 november 2014)
- de jaarstukken
verantwoording in het jaarverslag en de jaarrekening (vóór 15 april de voorlopige jaarrekening naar de raden van de deelnemende gemeenten, vaststelling jaarstukken in AB-vergadering juni/juli 2016)

BELEIDSBEGROTING

2 Bestuurlijk kader

2.1 Bestuursagenda 2014-2018 en missie

Bestuursagenda

In het voorjaar van 2014 heeft het GGD-bestuur een nieuwe samenstelling gekregen, na de gemeenteraadsverkiezingen en de vorming van nieuwe colleges van B&W. Als nieuw Dagelijks Bestuur hebben wij de “Bestuursagenda publieke gezondheid” opgesteld, de toekomstvisie voor de GGD in de vorm van gedeelde ambities en agendapunten voor deze bestuursperiode. Wij hebben de Bestuursagenda ter informatie aan de gemeenteraden gezonden op 20 januari 2015. Het Algemeen Bestuur heeft de Bestuursagenda 2014-2018 op 12 maart 2015 formeel vastgesteld.

De gezamenlijke ambities uit de bestuursagenda zijn:

- ✓ Een stabiel ankerpunt zijn en blijven
- ✓ Actieve houding en positioneren van taken voor veiligheid en publiek belang.
- ✓ Lokaal maatwerk en flexibele inzet: samenwerken staat voorop.
- ✓ Preventie voor zorg.
- ✓ Bijdragen aan maatschappelijk resultaat en rendement door monitoring, signalering en advisering.

Het GGD-bestuur heeft de ambities uitgewerkt in doelen, die zijn onderverdeeld in drie thema's:

- ✓ Gemeenten en GGD staan voor gezamenlijke ambitie publieke gezondheid
Door mee te bewegen met de ontwikkelingen bij gemeenten en maatschappelijke partners staan gemeenten en GGD voor de collectieve gezondheid en sociale veiligheid van de inwoners
- ✓ Voortzetten en versterken bestuurlijke betrokkenheid bij onze GGD
Bestuurlijke betrokkenheid versterken doordat de GGD naar de gemeenten toe komt.
- ✓ GGD als publieke gezondheidsdienst van en voor de 22 gemeenten: samen gericht op de toekomst
Gemeenten beschermen samen met hun 7x24 uur beschikbare GGD, het collectief belang van de burgers door de inwoners te beschermen tegen dreigende inbreuken van buitenaf op de gezondheid en de sociale veiligheid.

Positieve gezondheid: veerkracht en zelf regie voeren

In de Bestuursagenda hebben wij e visie op “positieve gezondheid” als uitgangspunt genomen.

De kern van een participatie-maatschappij is dat burgers meedoen aan het maatschappelijk leven, in werk, onderwijs en breed in de samenleving. De basis daarvoor is dat burgers **gezond** zijn. In het licht van een andere visie op de zelfredzaamheid van burgers gaat het dan niet om “afwezigheid van ziekte”, maar om de capaciteiten van mensen om **zelf regie te voeren**. In plaats van de “klassiek-

medische” kijk op gezondheid gaan wij uit van een actuelere definitie van gezondheid.)²

Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.

In dit concept van “positieve gezondheid” gaat het om kwaliteit van leven, veerkracht en vaardigheden om gezond te blijven en de regie over eventuele ziekte in eigen hand houden.

Missie

In de Bestuursagenda formuleren wij de missie van GGD Noord- en Oost-Gelderland als volgt

GGD Noord- en Oost-Gelderland is de gezondheidsdienst van 22 gemeenten. De GGD biedt actief ‘Een gezond houvast’ en bewaakt, beschermt en bevordert de gezondheid van de inwoners.

Inwoners, samenwerkingspartners en gemeenten kunnen rekenen op een stabiele GGD met kennis en kunde op het gebied van publieke gezondheid. Belangrijk is ook dat de GGD aansluit op en bijdraagt aan de transitie in het sociale domein, vooral jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning en passend onderwijs. Los daarvan zetten wij op veel onderdelen het bestaande beleid voort.

2.2 Taken GGD

Primair publieke gezondheid

Uit de missie vloeit voort dat de GGD werkzaamheden verricht die de gezondheid van (groepen) mensen bevorderen, bewaken of beschermen. De GGD verricht primair publieke taken, d.w.z. het is echt nodig of (zeer) gewenst dat de GGD als gemeentelijke dienst de taak oppakt.

Wettelijk kader taken

De taken en verantwoordelijkheden van de gemeente voor de publieke gezondheidszorg zijn vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze wet omschrijft “publieke gezondheidszorg” als “de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten”. Gemeenten hebben uitvoerende en adviserende taken ondergebracht bij hun GGD.

² Volgens M. Huber (2012), Louis Bolk Instituut

Soms hebben GGD-taken of onderdelen hiervan een basis in andere wetten, zoals de Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen, Wet veiligheidsregio's, Wet op de lijkbezorging, Jeugdwet en onderwijswetgeving.

Ontwikkelingen sociaal domein en publieke gezondheid

De decentralisaties in het sociale domein leiden tot grotere verantwoordelijkheden van de gemeenten. Deze veranderingen raken ook de publieke gezondheid. Daarbij gaat het vooral om de veranderingen in de Wet maatschappelijke ondersteuning en de nieuwe Jeugdwet. Met de visie op positieve gezondheid speelt GGD NOG hierop in.

De bewindslieden van VWS hebben op 28 augustus 2014 de beleidsbrief *Betrouwbare publieke gezondheid* aan de Tweede Kamer gezonden. Rode draad in de visie van VWS is de omslag van denken in termen van 'ziekte, zorg en afhankelijkheid' naar 'gezondheid, preventie en eigen kracht'. VWS start in 2015 samen met de VNG een stimuleringsprogramma 'publieke gezondheid nieuwe stijl'. Doel hiervan is:

- meer zicht krijgen op inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid en
- inhoudelijk verder uitbouwen en waar nodig versterken van de kerntaken ('vier pijlers') van de GGD'en.

Basisproducten en plusproducten

GGD NOG biedt basis- en plusproducten aan, die worden omschreven in de jaarlijkse productenbegroting.

Alle deelnemende gemeenten nemen de *basisproducten* van de GGD af. Deze liggen vast in de Wet publieke gezondheid, die de taken van de gemeenten voor publieke gezondheid omschrijft. Een deel van de basisproducten vloeit voort uit de taakstelling van de rijksoverheid, zoals het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en de aanvullende seksuele gezondheidszorg. De gemeenten bekostigen de basisproducten via een bijdrage per inwoner aan de GGD.

Daarnaast biedt de GGD *plusproducten* aan. De GGD levert deze op contractbasis aan gemeenten (alle 22, individueel of een regio of cluster) en ook aan individuele burgers, maatschappelijke organisaties en overheidsinstanties. De plusproducten hebben een logische samenhang met de basisproducten. De GGD ontwikkelt ook specifieke, op maat gemaakte producten.

In de Bestuursagenda 2014-2018 hebben wij opgenomen dat wij streven naar verduidelijking van de wettelijke/verplichte en de boven-wettelijke/niet-verplichte taken van de GGD. Dat kan tot gevolg hebben dat de huidige indeling in basis- en plusproducten verandert.

3 Financiële uitgangspunten

3.1 Uitgangspuntennota 2016

Half januari 2015 hebben wij de Uitgangspuntennota voor de begroting 2016 toegezonden aan de colleges van B&W. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft de cijfers ondertussen aangepast. Deze aanpassing heeft invloed op zowel de loonkostenindex als op de materiële kostenindex. De onderbouwing van de indexcijfers staat in bijlage A (zie p. 54).

3.2 Indexering

Methodiek

Uitgangspunt van indexeren is dat dit altijd in relatie staat tot de werkelijke ontwikkeling van de kosten. Dat houdt in dat de kosten worden begroot met indexering. De gemeenten hebben in het Algemeen Bestuur afgesproken dat de GGD voor de indexering van de begroting de methodiek van de gemeente Apeldoorn volgt. De vastgestelde begroting 2015 vormt de basis voor de berekeningen voor de begroting 2016 en de meerjarenramingen 2017 – 2019. De indexering wordt gebaseerd op de CPB-cijfers. Het CPB geeft vier maal per jaar de meeste recente voorspelling voor het lopende jaar en de (bijgestelde) cijfers van de afgelopen 3 jaar. De gekozen methodiek houdt in dat de indexering van de afgelopen jaren wordt gecorrigeerd aan de hand van de meest recente cijfers. Dit zorgt er voor dat de indexcijfers in de begrotingen fluctueren.

Index 2016

In de Uitgangspuntennota 2016 zijn we uitgegaan van een gewogen index van 1,00% (loonkosten 2,15% en materiële kosten - 1,70%). Het CPB heeft de materiële kosten-index 2012 t/m 2015 met ruim 1% per jaar naar beneden bijgesteld. Deze correctie nemen wij mee in de berekening van de index voor de Programmabegroting 2016. Door deze correctie wordt de materiële kostenindex voor 2016 negatief. De gewogen index voor 2016 komt uit op 0,45%. Op basis van de actuele informatie van het CPB stellen we de volgende (wijzigingen in) de indexeringen voor:

Indexcijfers 2015 – 2019

Omschrijving	Vastgestelde begroting	Actualisatie 2015	Correctie 2015	Ontwikkeling 2016	2016 tov begroting 2015	2017-2019
Loonkostenindex	1,70%	2,00%	0,30%	1,50%	1,80%	1,25%
Materiële kostenindex	2,10%	-1,60%	-3,70%	1,00%	-2,70%	1,00%
Gewogen Index	1,82%	0,92%	-0,90%	1,35%	0,45%	1,18%
Rente activa	2,50%	2,50%	0,00%	1,00%	1,00%	1,00%

Gebaseerd op CPB-cijfers december 2014

Gewogen index inwonerbijdrage

De kosten van de GGD bestaan voor 70% uit loonkosten en 30% uit materiële kosten. De bovenstaande berekening leidt tot het volgende indexeringsvoorstel voor inwonerbijdrage deelnemende gemeenten:

Gewogen index

loonkosten $0,7 * 1,80\%$ + materiële kosten $0,3 * -2,70\%$ = 0,45%.

Rente activa

De gemeente Apeldoorn maakt, afhankelijk van de levensduur van activa, gebruik van verschillende rentepercentages voor nieuwe activa. De GGD heeft vooral activa met een korte levensduur en gebruikt één percentage voor alle activa. In voorgaande jaren hebben wij een rente van 2,5% aangehouden. Voor 2016 stellen we voor om met een rente van 1,0% te werken. Dit komt overeen met het rentepercentage dat de gemeente Apeldoorn gebruikt voor investeringen met een levensduur van 6-10 jaar.

Inwonerbijdrage

De voorgestelde geactualiseerde indexcijfers en de voorlopige inwoneraantallen per 1-1-2015 leiden tot wijziging van de totale inwonerbijdrage van de deelnemende gemeenten. Ten opzichte de Uitgangspuntennota 2016 wordt de inwonerbijdrage ruim € 48.000 lager. Dat komt door de bijstelling van de index van 1,00% naar 0,45% Dit is per inwoner ruim € 0,07 De bevolking neemt met 926 inwoners toe. Voor 2016 heeft dit de volgende gemeentelijke inwonerbijdrage tot gevolg:

Omschrijving	Aantal inwoners	Totaal inwoner bijdrage in €	Per Inwoner in €
Inwoneraantal 1-1-2014	811.298		
Toename inwoners	926		
Inwoneraantal 1-1-2015	812.224		
Programma begroting 2015	811.298	11.114.105	13,70
Toename inwoners	926	12.685	
Korting agv kinderaantallen		-50.917	
Actualisering gewogen gemiddeld prijspeil 2015 -0,90%		-99.683	
Actualisering gewogen gemiddeld prijspeil 2016 + 1,35%		148.179	
Inwonerbijdrage deelnemende gemeente 2016	812.224	11.124.369	13,70

De inwonerbijdrage van de deelnemende gemeenten wordt bepaald door het bedrag per inwoner te vermenigvuldigen met het aantal inwoners per gemeente. Als het aantal inwoners per gemeente lager wordt dan neemt de inwonerbijdrage per gemeente ook af. De feitelijke inwonerbijdrage wordt bepaald aan de hand van de werkelijke inwoneraantallen op 1 januari van het jaar waarop de kosten betrekking hebben.

De gemeenten Hattem en Voorst ontvangen - op basis van de historisch gegroeide situatie – compensatie bij de taal- en spraakscreening van de jeugd-gezondheidszorg. Hattem en Voorst zet namelijk een eigen logopedist in voor werkzaamheden die in andere gemeenten door GGD-logopedisten worden uitgevoerd.

PROGRAMMAPLAN

4 Programma Jeugdgezondheidszorg

4.1 Wat willen we bereiken?

Doelstelling

De jeugdgezondheidszorg bewaakt, beschermt en bevordert de gezondheid en de lichamelijke, geestelijke, cognitieve en sociale ontwikkeling van de jeugd van 0 tot 18 jaar. De jeugdgezondheidszorg streeft naar een optimale gezondheid van de jeugd. Speciale aandacht hebben we voor kwetsbare jeugd in haar leefomgeving. Indien nodig zetten we specialistische zorg in.

Wettelijk kader

Gemeenten zijn op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg) verantwoordelijk voor het actief aanbieden van jeugdgezondheidszorg aan alle kinderen en jongeren tot 18 jaar. Gemeenten geven de uitvoering samen met de JGZ-organisaties vorm. Per 1 januari 2015 is het nieuwe basispakket Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van kracht via een aanpassing van het Besluit publieke gezondheid. Doel van de vernieuwing is het basispakket te moderniseren op grond van nieuwe wetenschappelijke inzichten en maatschappelijke ontwikkelingen. Hiermee sluit het beter aan op de stelselwijziging in de jeugdzorg. Jeugdgezondheidszorg omvat nu ook een structureel aanbod voor jongeren vanaf 14 jaar.

Behalve voor jeugdgezondheidszorg zijn gemeenten verantwoordelijk voor preventie en jeugdhulp op basis van de Jeugdwet. Deze taken sluiten op elkaar aan. Jeugdgezondheidszorg neemt deel in samenwerkingsverbanden en zorgstructuren binnen gemeenten en van scholen. In de Jeugdwet is opgenomen dat onder andere de jeugdarts rechtstreeks kan verwijzen naar jeugdhulp.

De GGD levert aan gemeenten ook plusproducten Jeugdgezondheidszorg, als aanvulling op de wettelijke basisproducten en in aansluiting op het jeugdbeleid van gemeenten.

4.2 Wat gaan we ervoor doen?

4.2.1 Inhoud programma

Het programma Jeugdgezondheidszorg (JGZ) omvat de volgende basis- en plusproducten (gebaseerd op de Productenbegroting 2015 en aangevuld n.a.v. vernieuwing werkwijze):

Basisproducten Jeugdgezondheidszorg

- Contactmomenten regulier onderwijs
 - GGD gezondheidsonderzoek (PGO) 5 jarigen basisonderwijs
 - Collectief contactmoment Groep 7
 - Meten en wegen van 9 jarigen
 - (Open) Spreekuren basisonderwijs en voortgezet onderwijs
 - GGD gezondheidsonderzoek klas 1 voortgezet onderwijs
- Contactmomenten niet-regulier onderwijs
 - Entreeonderzoek voor instromende leerlingen
 - GGD gezondheidsonderzoek op 5-jarige leeftijd
 - GGD gezondheidsonderzoek op 8-jarige leeftijd op indicatie

- GGD gezondheidsonderzoek op 10-jarige leeftijd
- GGD gezondheidsonderzoek klas 1 leerwegondersteunend- en praktijkonderwijs en voortgezet speciaal onderwijs.
- Spraak- en taalscreening
 - screenen van 5 jarige kinderen en vroegtijdig signaleren
 - adviseren bij spraak- en taalstimulering
 - verwijzen naar de curatieve logopedie of naar multidisciplinair team
- Extra contactmomenten
 - Onderzoek op indicatie
 - Follow-up.
- Collectieve preventie
 - Thematische bijeenkomsten (ouderavonden, gastlessen)
 - Hoofdfluisbegeleiding voor basisscholen
- Zorgcoördinatie
 - Zorgteam of ondersteuningsteam basisonderwijs
 - Zorg adviesteam basis- en voortgezet onderwijs
 - Commissie van begeleiding in het speciaal onderwijs
 - Zorg bij bijzondere gebeurtenissen
- Rijksvaccinatieprogramma
 - Vaccinatie 9-jarige kinderen
 - Vaccinatie 12-jarige meisjes

Plusproducten Jeugdgezondheidszorg

- Producten ten behoeve van het Centrum voor Jeugd en Gezin
- Producten logopedie
- Producten opvoedondersteuning
- Producten multidisciplinaire aanpak
- Projecten onderwijs
- Vertrouwenspersoon onderwijs
- Extra contactmoment adolescenten ³

Vanaf 2015 valt het maatwerk jeugdgezondheidszorg niet meer onder de Wpg. Deze aanvullende, lokale invulling van de jeugdgezondheidszorg is nu ondergebracht in de Jeugdwet. De nieuwe wetgeving biedt andere kansen voor de gemeenten om in te zetten op maatwerk. De GGD is beschikbaar voor ondersteuning hierin.

4.2.2 Beleidsprioriteiten

Bij het programma jeugdgezondheidszorg zijn de prioriteiten in 2016:

³ GGD NOG biedt het extra contactmoment adolescenten nu aan als plusproduct. Vanaf 2015 omvat het wettelijke basistakenpakket JGZ als verplichte onderdeel ook een JGZ-aanbod gericht op jongeren vanaf 14 jaar (zie § 4.1).

1. Blijven doorontwikkelen basistakenpakket preventieve jeugdgezondheidszorg 4-18 jarigen

In het schooljaar 2014/2015 heeft de GGD de vernieuwde werkwijze op basis van het nieuwe basispakket jeugdgezondheidszorg geïmplementeerd. De verdere ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg is vooral gericht op nog meer aansluiten op het gemeentelijk jeugdbeleid en op lokale samenwerkingsstructuren. Belangrijk is ook het versterken van de verbinding tussen de jeugdgezondheidszorg, passend onderwijs en de uitvoering van de preventieve activiteiten die vallen onder de Jeugdwet. Verder richt de jeugdgezondheidszorg zich op verdere digitalisering van de communicatie passend bij wat ouders, jeugdigen maar ook scholen nodig hebben en ook verwachten.

Indicator: het doorontwikkelde basistakenpakket preventieve jeugdgezondheidszorg voor 4-18 jarigen is geïmplementeerd.

2. Aanbod jeugdgezondheidszorg voor adolescenten

De evaluatie van de pilot van het extra contactmoment adolescenten in het schooljaar 2013-2014 laat een positief effect zien. Na de positieve evaluatie is dit gezondheidsonderzoek op een aantal onderdelen aangepast. De GGD voert het nu uit bij scholen van 16 gemeenten in de regio's Midden-IJssel/Oost-Veluwe en Achterhoek. Landelijke organisaties en collega JGZ-organisaties / GGD'en geven de verdere doorontwikkeling van dit gezondheidsonderzoek gezamenlijk vorm. De JGZ van GGD NOG is hier nauw bij betrokken en voert daar waar nodig de veranderingen door.

Indicator: het – geactualiseerde - gezondheidsonderzoek JGZ voor adolescenten is ingevoerd in de opdrachtgevende gemeenten in Noord- en Oost-Gelderland.

3. Positionering en organisatie jeugdgezondheidszorg

In de vastgestelde Bestuursagenda 2014-2018 hebben wij als GGD-bestuur uitgesproken de (verdere) discussie over de positionering van de jeugdgezondheidszorg actief te bevorderen en waar nodig te faciliteren. In 2015 starten wij de gezamenlijke route hiertoe. Het doel is de rol en taak van de jeugdgezondheidszorg lokaal optimaal te benutten.

Indicator: gemeenten hebben eind 2016 besluiten genomen over de positionering en organisatie jeugdgezondheidszorg.

4. Contractafspraken en productievolumes

Wij realiseren de gemaakte contractafspraken en gestelde productievolumes.

Indicator: de GGD behaalt de prestatiecijfers uit de Productenbegroting 2016. De gestelde norm is 90 %. Afwijkingen worden vroegtijdig gemeld en onderbouwd.

4.3 Wat mag het kosten?

Bedragen	Rekening 2014	Begroting 2015	Begroting 2016	Begroting 2017	Begroting 2018	Begroting 2019
Baten	806.000	934.000	938.000	938.000	938.000	938.000
Lasten	7.235.000	7.103.000	7.095.000	7.044.000	6.993.000	6.942.000
Saldo	-6.429.000	-6.169.000	-6.157.000	-6.106.000	-6.055.000	-6.004.000
mutatie reserve	200.000	0	0	0	0	0
saldo	-6.229.000	-6.169.000	-6.157.000	-6.106.000	-6.055.000	-6.004.000

In de lasten is een jaarlijkse korting van € 50.000 meegenomen als gevolg van de dalende kinderaantallen, zoals het Algemeen Bestuur op 21 november 2013 heeft besloten.

5 Programma Algemene gezondheidszorg

5.1 Wat willen we bereiken?

Doelstellingen

Het programma Algemene gezondheidszorg bestaat uit een groot aantal verschillende producten. Gemeenschappelijk doel is het bevorderen, bewaken en beschermen van de gezondheid van de bevolking in de regio, met speciale aandacht voor risicogroepen.

Wettelijk kader

Het programma Algemene gezondheidszorg betreft voornamelijk wettelijke taken die de GGD als gemeentelijke gezondheidsdienst uitvoert op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Daarnaast gaat het om plusproducten die nauw samenhangen met de wettelijke kerntaken van de GGD, maar aanvullend in opdracht van gemeenten of derden worden gerealiseerd. Een aantal plusproducten heeft een eigen wettelijk kader. De belangrijkste voorbeelden hiervan zijn

- inspecties kinderopvang en peuterspeelzalen (Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen)
- lijkschouw (Wet op de lijkbezorging)
- vergunningverlening voor het veilig en hygiënisch aanbrengen van tatoeages en piercings (regelgeving op basis van Warenwet)
- veiligheids- of GHOR-taken van de GGD: Wet veiligheidsregio's (taken GGD in de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio).

Het programma AGZ omvat ook de publieke gezondheidszorg asielzoekers, die de GGD uitvoert op basis van een landelijke overeenkomst met het Centraal orgaan Opvang Asielzoekers.

5.2 Wat gaan we ervoor doen?

5.2.1 Inhoud programma

Het programma Algemene Gezondheidszorg (AGZ) omvat basis- en plusproducten in de volgende productgroepen (gebaseerd op de Productenbegroting 2015).

Basisproducten Algemene gezondheidszorg

1. Infectieziektebestrijding algemeen
 - Surveillance, beleidsadvisering, regie en netwerk
 - Melden van infectieziekten
 - Preventie en voorlichting
 - Bron- en contactopsporing
 - (voorbereiden op) Grootschalige crises/outbreakmanagement
 - Onderzoek
 - Vangnet cliënten infectieziekten
 - Technische hygiënezorg
2. Tuberculosebestrijding
 - Surveillance, beleidsadvisering, regie en netwerk
 - Voorlichting
 - Behandeling, begeleiding patiënten, bronopsporing en contactonderzoek
 - Screening risicogroepen

- Vaccinatie van risicogroepen
3. Seksuele gezondheid
 - Surveillance, soa-bestrijding en preventie, beleidsadvisering, regie en deelname netwerken
 - Voorlichtingsprogramma's ontwikkelen en uitvoeren (risicogroepen, jongeren en intermediairs)
 - Outreachende aanpak prostitutie en gezondheid
 - Telefonisch spreekuur
 - Soa screening, behandeling en begeleiding, waaronder patiëntwaarschuwing
 - Seksualiteitssprekuren voor jongeren.
 4. Medische milieukunde
 - proactieve diensten (signalering, onderzoek en (beleids)advies)
 - adviseren bevolking over risico's, inclusief gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen
 - beantwoorden vragen bevolking, voorlichting, onderzoek.
 5. GHOR-taken GGD: taken GGD in de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio bij incidenten en crises op het gebied van:
 - medische milieukunde
 - infectieziektebestrijding
 - gezondheidsonderzoek bij rampen
 - psychosociale hulpverlening.

Plusproducten algemene gezondheidszorg

1. Technische hygiënezorg
 - Inspectie kindercentra
 - Inspectie en advisering publieksevenementen
 - Inspectie tatoeage en piercings
2. Reizigersadvies en vaccinatie
 - Reizigersadvies en vaccinatiebureau
 - Voorlichting en vaccinatie Hepatitis B risicogroepen
 - Voorlichting en vaccinatie bijzondere groepen.
3. Doetinchem studie
 - langjarige cohort-studie RIVM
4. Forensische Geneeskunde
 - Arrestantenzorg
 - Medische advisering politie en Openbaar Ministerie
 - Onderzoek forensisch geneeskundige
 - Lijkschouw
 - Verklaringen
5. Maatschappelijke zorg
 - Meldpunt Maatschappelijke Zorg
 - Centrale toegang voor toeleiding naar zorg en opvang
 - Ondersteuning lokale zorgnetwerken
 - Verpleegkundig spreekuur voor dak- en thuislozen.
6. Toezicht op uitvoering Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo.2015)
7. Publieke gezondheid asielzoekers:
 - Jeugdgezondheidszorg voor asielzoekers (contactmomenten conform speciaal onderwijs, extra contactmomenten, medisch onderzoek incl. vaccinatieplan RVP, kortdurende begeleiding, netwerken en overleg onderzoek op indicatie)
 - Algemene gezondheidszorg voor asielzoekers (infectieziektepreventie en –bestrijding, technische hygiënezorg, soa/hiv-bestrijding, gezondheidsbevordering, tuberculosebestrijding, coördinatie zorgketen)

5.2.2 Beleidsprioriteiten

Voor het programma Algemene gezondheidszorg zijn de prioriteiten in 2016:

1. Bundeling kennis van zoönosen

Wij willen een netwerk rond zoönosen opzetten, in samenwerking met de relevante partners, om de kennis hiervan te bundelen en de samenwerking te borgen. Dit gebeurt voor de regio Noord- en Oost-Gelderland of zo mogelijk Oost-Nederland. Een zoönose is een infectieziekte die kan worden overgedragen van dieren op mensen. In de regio NOG is het risico hierop relatief groot. Vanuit de infectieziektenbestrijding heeft de GGD o.a. een rol bij bron- en contactonderzoek. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor diergezondheid ligt bij het Ministerie van Economische Zaken, met de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) als uitvoerder. Andere betrokken partijen zijn de GHOR (Veiligheidsregio, vanuit de crisisbeheersing), Gezondheidsdienst voor dieren en dierenartsen.

Indicator: de samenwerkingspartners hebben afspraken voor een netwerk zoönosen opgesteld

2. Verbinding sociale veiligheid en publieke gezondheid

In de Bestuursagenda 2014-2018 geven wij de GGD een plaats als ondersteuningspunt, waarop gemeenten kunnen terugvallen bij incidenten met grote gevolgen voor de publieke gezondheid en (sociale) veiligheid. GGD NOG en GHOR (onderdeel Veiligheidsregio NOG) werken hierbij nauw samen. Verantwoordelijke bestuurders krijgen actief ondersteuning door het bieden van handelingsperspectieven, zowel inhoudelijk als communicatief. In 2016 verkennen wij de uitbouw van de rol van de GGD bij ingrijpende gebeurtenissen en groepen met grote gezondheidsrisico's, conform de Wpg. Ook brengen wij in kaart wat de gevolgen zijn van de veranderingen in het sociale domein voor de rollen van GGD en GHOR op het snijvlak van sociale veiligheid en publieke gezondheid. Daarbij gaat onze aandacht speciaal gaat naar de preventie van seksueel geweld, jeugdprostitutie en loverboys

Indicator: de GGD beschikt over een plan voor de inzet van de GGD voor psychosociale hulpverlening bij incidenten en crises. Preventie van seksueel geweld, jeugdprostitutie en loverboys is ingebed in de ketenregie jeugdprostitutie en loverboys

3. Opschaling tuberculosebestrijding

Het Nationaal plan tuberculosebestrijding 2011-2015 geeft aan welke veranderingen nodig zijn om tot een optimale tuberculosebestrijding in Nederland te komen. Tbc komt minder vaak voor, maar de complexiteit van de behandeling neemt toe. Om de expertise te waarborgen komen er uiteindelijk vier regionale kenniscentra, waaronder – gefaseerd – een kenniscentrum voor Noord- en Oost-Nederland. Elke GGD blijft zelf verantwoordelijk voor de tuberculosebestrijding in het eigen werkgebied.

Indicator: de deelnemende GGD'en hebben een overeenkomst gesloten

4. Publieke gezondheidszorg asielzoekers

Wij ontwikkelen een specifiek aanbod publieke gezondheidszorg vanuit de GGD voor asielzoekers die buiten een asielzoekerscentrum wonen. Asielzoekers die het asielzoekerscentrum verlaten hebben vaak onvoldoende voorlichting gekregen en weten niet goed hoe het gezondheidzorgsysteem in Nederland werkt. Belangrijkste elementen in dit aanbod zijn ook jeugdgezondheidszorg, vaccinaties RVP, infectieziektepreventie en –bestrijding, seksuele gezondheid en, gezondheidsbevordering.

Indicator: het beleid voor het specifieke aanbod is geformuleerd

5. Contractafspraken en productievolumes

Wij realiseren de gemaakte contractafspraken en gestelde productievolumes.

Indicator: de GGD behaalt de prestatiecijfers uit de Productenbegroting 2016. De gestelde norm is 90 %. Afwijkingen worden vroegtijdig gemeld en onderbouwd.

5.3 Wat mag het kosten?

Bedragen	Rekening * 2014	Begroting 2015	Begroting 2016	Begroting 2017	Begroting 2018	Begroting 2019
Baten	3.960.000	3.861.000	3.879.000	3.879.000	3.879.000	3.879.000
Lasten	6.261.000	6.372.000	6.401.000	6.401.000	6.401.000	6.401.000
Saldo	-2.301.000	-2.511.000	-2.522.000	-2.522.000	-2.522.000	-2.522.000
	* incl. PGA					

6 Programma Kennis- en Expertise

6.1 Wat willen we bereiken?

Doelstellingen

GGD NOG ondersteunt gemeenten bij beleidsvorming en beleidsuitvoering. Dit gebeurt door het leveren van gegevens over de volksgezondheid, integraal beleidsadvies en advies over gebruik van effectief gebleken interventies die leiden tot verbetering van leefstijl en gezonder gedrag van de bevolking.

Wettelijk kader

Het programma Kennis en expertise betreft wettelijke taken die de GGD als gemeentelijke gezondheidsdienst uitvoert op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg). Daarnaast raken de (preventieve) taken in dit programma ook aan de gemeentelijke taken op het terrein van maatschappelijke ondersteuning en zorg voor de jeugd.

De aangeboden plusproducten hangen nauw samen met de wettelijke kerntaken van de GGD en worden aanvullend in opdracht van gemeenten of derden gerealiseerd.

6.2 Wat gaan we ervoor doen?

6.2.1 Inhoud programma

Het programma Kennis en expertise omvat *basis- en plusproducten* in de volgende productgroepen (gebaseerd op de Productenbegroting 2015).

Basisproducten

1. Gezondheidsinformatie
 - Gezondheidsmonitors
 - Regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning (rVTV)
 - Gezondheidsatlas
 - Gezondheidsonderzoek bij rampen
 - Evaluatiebureau
2. Gezondheidsbeleid
 - Advisering publiek gezondheidsbeleid
 - Advisering maatschappelijke zorg
3. Gezondheidsbevordering
 - Gezondheidsbevordering algemeen; programma's en samenwerkingsnetwerken: genotmiddelen; psychische gezondheid; gezond ouder worden; gezond gewicht en bewegen; voorlichting eigen taal en cultuur; sociaal emotionele ontwikkeling en seksuele gezondheid; gezonde school.
 - Publieksinformatie.
4. Informatie- en documentatiecentrum
 - Advisering voorlichtingsmaterialen en vakliteratuur
5. Advisering GGD
 - Advisering GGD
 - Projectmanagement
 - Agora

Plusproducten

1. Gezondheidsinformatie:
 - Evaluatieonderzoek
 - Wijkanalyses
 - Gebiedsanalyses
2. Gezondheidsbeleid:
 - advisering publieke gezondheid en projectmanagement
3. Gezondheidsbevordering:
 - Extra contact moment adolescenten
 - gezond gewicht, voeding en beweging
 - Jeugdimpuls
 - regionale en lokale eindredactie virtueel CJG

6.2.2 Beleidsprioriteiten

Voor het programma Kennis en expertise zijn de prioriteiten in 2016:

1. Monitoring en evaluatie in het sociale domein

De GGD richt zich bij zijn taak om onderzoeksgegevens over gezondheid te leveren sterker op de (epidemiologische) informatie en gegevens over het sociaal domein. Gemeenten kunnen deze gebruiken voor het onderbouwen, monitoren en evalueren van beleidsbeslissingen, met name over maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg.

De informatie heeft toegevoegde waarde ten opzichte van bestaande beleidsinformatie en helpt gemeenten om richting te geven aan (zorg)beleid, bij te sturen en te signaleren. Dit gebeurt – zowel binnen de wettelijke taak van de GGD als op verzoek van gemeenten als plusproduct - door analyses van gegevens van samenwerkingspartners, gebiedsanalyses, Zorgatlas en GGD-monitors.

Indicator: de GGD biedt in 2016 voor alle gemeenten (epidemiologische) informatie en gegevens over het sociale domein

2. Academische Werkplaats Agora

GGD NOG werkt samen met Wageningen Universiteit in de Academische werkplaats Agora. Agora richt zich op beleidsrelevant onderzoek voor de omvangrijke transitie in het sociale domein. Agora ondersteunt gemeenten en GGD door toetsing van de onderbouwing en de kosteneffectiviteit van beleid. Het doel is in 2016 in gemeenten innovatieve demonstratieprojecten uit te voeren, waarbij Agora mede-ontwikkelt, begeleidt en evalueert.

Indicator: Agora heeft – in samenwerking met gemeenten - twee nieuwe subsidie-aanvragen voor demonstratieprojecten geschreven rond de doelgroepen jeugd en ouderen

3. Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars

Wij ondersteunen - op inhoud en proces - de intensivering van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Daarbij richten wij ons op de publieke gezondheid vanuit de ambitie 'Preventie voor zorg'. Gemeenten hebben hierbij belang in het kader van hun gezondheidsbeleid en de transities in het sociale domein. De ondersteuning door de GGD betreft het maken van wijkanalyses, het opzetten van preventieve interventies en het afsluiten van preventieconvenanten.

Indicator: in de regio Noord- en Oost-Gelderland is ten minste één (schriftelijk) convenant gesloten tussen een zorgverzekeraar, gemeente(n) en GGD over preventie en gezondheidsbevordering.

4. Inbreng vanuit de publieke gezondheid in gemeentelijk beleid

Wij streven naar versterking van de inbreng vanuit de publieke gezondheid in de overlegsituaties in de verschillende regio's en op de beleidsterreinen die raakvlakken hebben met publieke gezondheid, zoals maatschappelijke ondersteuning, jeugdbeleid en ouderenbeleid. Intern richt de GGD de organisatie en processen meer op de regionale en vooral gemeentelijke schaal, onder meer door de GGD-brede regioteams. GGD'ers van verschillende disciplines staan dicht bij de gemeenten, zijn zichtbaarder en leveren toegevoegde waarde aan de lokale overlegtafels.

Indicator: de GGD-regioteams hebben een breed samengesteld overleg gevoerd bij en met ten minste twee gemeenten in elk van de drie regio's Noord-Veluwe, Midden-IJssel/Oost-Veluwe en Achterhoek

5. Contractafspraken en productievolumes

Wij realiseren de gemaakte contractafspraken en gestelde productievolumes.

Indicator: de GGD behaalt de prestatiecijfers uit de Productenbegroting 2016. De gestelde norm is 90 %. Afwijkingen worden vroegtijdig gemeld en onderbouwd.

6.3 Wat mag het kosten?

Bedragen	Rekening 2014	Begroting 2015	Begroting 2016	Begroting 2017	Begroting 2018	Begroting 2019
Baten	754.000	230.000	231.000	231.000	231.000	231.000
Lasten	2.590.000	2.414.000	2.425.000	2.425.000	2.425.000	2.425.000
Saldo	-1.836.000	-2.184.000	-2.194.000	-2.194.000	-2.194.000	-2.194.000

7 Programma Maatschappelijke Zorg

7.1 Wat willen we bereiken?

Doelstellingen

Het doel van maatschappelijke zorg is het tot stand brengen van zorg voor mensen die zich hebben afgekeerd van de maatschappij en van het reguliere zorgaanbod, of daar zelfstandig de weg niet kunnen vinden.

Wettelijk kader

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 geeft gemeenten de opdracht ervoor te zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die die niet (volledig) zelf kunnen voorzien in hun zelfredzaamheid en participatie, of behoefte hebben aan beschermd wonen of opvang. De GGD biedt de gemeenten op dit gebied plusproducten aan in aansluiting op het lokale Wmo-beleid van gemeenten en in aanvulling op de wettelijke kerntaken van de GGD.

7.2 Wat gaan we ervoor doen?

7.2.1. Inhoud programma

Het programma Maatschappelijke zorg/ondersteuning omvat de volgende plusproducten (gebaseerd op de Productenbegroting 2015 en aangevuld met recente ontwikkelingen).

Plusproducten

- Meldpunt Maatschappelijke Zorg
- Centrale toegang voor toeleiding naar zorg en opvang
- Ondersteuning lokale zorgnetwerken
- Verpleegkundig spreekuur voor dak- en thuislozen
- Toegang tot beschermd wonen

7.2.2. Beleidsprioriteiten

Voor het programma Maatschappelijke zorg zijn de prioriteiten in 2016:

1. Toegang tot beschermd wonen

De Noord-Veluwse gemeenten hebben GGD NOG voor 2015 verzocht de indicatiestelling voor beschermd wonen uit te voeren. Dit is gebeurd in samenwerking met de gemeente Zwolle, die als Wmo-centrumgemeente verantwoordelijk is voor de bekostiging van beschermd wonen. Wij streven ernaar dat de toegang tot beschermd wonen een vast onderdeel wordt van het plus-aanbod van GGD NOG op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning.

Indicator: een deel van de gemeenten laat de toegang tot beschermd wonen uitvoeren door de GGD.

2. Contractafspraken en productievolumes

Wij realiseren de gemaakte contractafspraken en gestelde productievolumes.

Indicator: de GGD behaalt de prestatiecijfers uit de Productenbegroting 2016. De gestelde norm is 90%. Afwijkingen worden vroegtijdig gemeld en onderbouwd.

7.3 Wat mag het kosten?

Bedragen	Rekening 2014	Begroting 2015	Begroting 2016	Begroting 2017	Begroting 2018	Begroting 2019
Baten	525.000	515.000	517.000	517.000	517.000	517.000
Lasten	502.000	542.000	544.000	544.000	544.000	544.000
Saldo	23.000	-27.000	-27.000	-27.000	-27.000	-27.000

8 Bestuursondersteuning en organisatieprojecten

8.1 Wat willen we bereiken?

Doelstellingen

Het doel is om het GGD-bestuur en de gemeenten in positie te brengen voor het besturen van de GGD. Dit betreft ten eerste advisering en ondersteuning voor de bestuurlijke besluitvorming. Ten tweede omvat dit het agenderen en oppakken van maatschappelijke en bestuurlijke vraagstukken op het gebied van de publieke gezondheid. De organisatie-ontwikkelingsprojecten binnen de GGD beogen de organisatie toekomstbestendig te maken.

Wettelijk kader

De gemeenten hebben hun samenwerking voor de GGD vastgelegd in een gemeenschappelijke regeling. Hierin zijn de taken, bestuur en financiën van de GGD geregeld. De samenwerkingsregeling is gebaseerd op de Wet gemeenschappelijke regelingen.

De basistaken van de GGD zijn verankerd in de Wet publieke gezondheid.

8.2 Wat gaan we ervoor doen?

8.2.1 Inhoud programma

De GGD-organisatie ondersteunt Algemeen Bestuur, Dagelijks Bestuur; portefeuillehoudersoverleg; ambtelijk overleg volksgezondheid en ambtelijk overleg financiën GGD. Bestuursondersteuning wordt ook geleverd binnen de Veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland (GHOR).

Daarnaast omvat dit programma de organisatie-ontwikkelingsprojecten binnen de GGD. Dekking voor deze projecten vinden wij, voor zover het frictie- en projectkosten betreft, in de reserve Ontwikkelkosten GGD (AB-besluit 21 november 2013. In de paragraaf Bedrijfsvoering (zie p. 45) gaan wij in op de hoofdpunten van het organisatiebeleid.

8.2.2 Beleidsprioriteiten

De Bestuursagenda 2014-2018, vastgesteld door het Algemeen Bestuur op 12 maart 2015, laat de ambities zien en geeft richting aan het beleid en de doelen voor de komende jaren. Wij hebben in de Bestuursagenda 2014-2018 vijf ambities opgenomen:

- stabiel ankerpunt zijn en blijven
- actieve houding en positioneren taken voor veiligheid en publiek belang
- lokaal maatwerk en flexibele inzet: samenwerken staat voorop
- preventie voor zorg
- bijdragen aan maatschappelijk resultaat en rendement door monitoring, signalering en advisering.

De gezamenlijk geformuleerde ambities zijn in drie thema's uitgewerkt, waaronder "GGD als publieke gezondheidsdienst van en voor de 22 gemeenten: samen gericht op de toekomst". Als uitwerking van dit thema staan in de Bestuursagenda een viertal doelen voor bestuurlijke onderwerpen:

- ✓ Verkennen van besturingsmodellen waar voor lokaal/regionaal uit te voeren taken meer zeggenschap naar portefeuillehouders volksgezondheid of jeugd in de regio gaat

- ✓ Verduidelijken van de wettelijke/verplichte en de boven-wettelijke/niet-verplichte taken van de GGD en de invloedsruimte van gemeenten hierop. Dit ook door de huidige indeling in basis- en plusproducten verder uit te werken
- ✓ De discussie over de positionering van de jeugdgezondheidszorg voeren naar aanleiding van initiatieven die gemeenten op dit terrein nemen. Het Dagelijks Bestuur bevordert en faciliteert deze discussie actief. Los hiervan versterken van de inhoudelijke samenwerking met gemeenten en jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen.
- ✓ De discussie over de financiën van GGD NOG voeren in samenhang met de inhoud en omvang van het takenpakket van de GGD voor de publieke gezondheid

Hierover nemen de gemeenten in deze bestuursperiode besluiten in het Algemeen Bestuur. Het AB heeft erop aangedrongen een planning te maken voor deze onderwerpen in een “werkagenda”. Hier geven wij een planning voor de besluitvorming over deze onderwerpen.

1. Verduidelijken verplichte en niet-verplichte taken GGD

Gemeenten hebben gevraagd te verduidelijken welke gezondheidstaken zij verplicht zijn uit voeren, welke taken verplicht via de GGD worden uitgevoerd en bij welke GGD-taken gemeenten keuzevrijheid hebben. Ook willen gemeenten weten welke invloedsruimte zij hebben bij GGD-taken. Wij hebben in de AB-vergadering van 13 maart 2015 toegezegd dat wij een notitie voorleggen aan het AB op 9 juli 2015. Met deze notitie willen wij de gemeenten meer inzicht bieden en de dialoog starten over een andere indeling van basis- en aanvullende diensten van de GGD en de flexibele inzet voor maatschappelijk georiënteerde taken. Ons streven is dat het AB op 26 november 2015 een besluit neemt. Daarna wordt dit besluit doorgevoerd.

Tijdsplanning

- juli 2015 dialoog in AB GGD
- november 2015 besluitvorming in AB GGD
- 2016 verwerking in begroting GGD

2. Dialoog positionering jeugdgezondheidszorg

Gemeenten bezinnen zich op de inhoud en organisatie van de jeugdgezondheidszorg. Dit doen zij in het licht de transities in het sociale domein en vooral de veranderingen in de jeugdzorg. In de vastgestelde Bestuursagenda 2014-2108 hebben wij als Dagelijks Bestuur uitgesproken deze discussie actief te bevorderen en te faciliteren.

In het voorjaar 2015 starten wij met een inhoudelijke dialoog met de gemeenten en daarna komen mogelijke organisatievormen aan de orde. Het vervolg is afhankelijk van de inbreng van de gemeenten en de uiteindelijk genomen besluiten. Vooralsnog gaan wij uit van koersbepaling eind 2015 en uitwerking in 2016-2017.

Tijdsplanning

- 2015-2016 dialoog over toekomst jeugdgezondheidszorg
- 2016-2017 uitwerking besluiten

3. Verkennen van lokale/regionale besturingsmodellen

Dit onderwerp komt ook aan de orde in de dialoog over jeugdgezondheidszorg. Daarbij hebben gemeenten een sterke behoefte aan lokale en regionale zeggenschap en zichtbaarheid van hun GGD, in plaats van de GGD-brede aansturing met 22 gemeenten. Na afronding van de dialoog over jeugdgezondheidszorg willen wij bezien in hoeverre gemeenten ook behoefte hebben aan lokale en regionale zeggenschap en sturing bij andere taken van de GGD. Los hiervan zet de GGD de ingezette koers van gemeentegericht en vraaggericht werken door

Tijdsplanning

- 2015-2016 meenemen in dialoog over jeugdgezondheidszorg
- 2017 onderzoeken behoefte bij andere GGD-taken

4. Discussie financiën GGD in samenhang met takenpakket

In de Bestuursagenda 2014-2018 hebben de gemeenten uitgesproken financieringsvraagstukken te benaderen vanuit een balans tussen gemeentelijke financieringsmogelijkheden en ambities voor publieke gezondheid. De discussie over mogelijke bezuinigingen voeren wij in samenhang met de inhoud en omvang van het takenpakket van de GGD. Wij handhaven de inspanningsverplichting tot het “inverdienen” van de indexering. De indexering van de begroting vindt na 2016 plaats op basis van de (nieuwe) besluiten die het Algemeen Bestuur in 2015 neemt. De dialoog over de jeugdgezondheidszorg zal gevolgen hebben voor de organisatie en financiën van de GGD. Ook werken wij aan verheldering van verplichte en niet-verplichte taken van de GGD.

In de huidige situatie, waarin bij en rondom de GGD veel in beweging is, vinden wij een kerntakendiscussie in het kader van de begroting 2016 niet opportuun. Wij verwachten dat in 2016 er meer duidelijkheid is op de verschillende dossiers. Dan willen wij binnen het Algemeen Bestuur in gesprek gaan over een helder financieel meerjarenperspectief. De veranderingen in het sociale domein bieden ook nieuwe kansen voor de publieke gezondheid en de GGD als uitvoeringsorganisatie.

Tijdsplanning

- juli 2015 besluitvorming over wijze van indexering
- november 2015 besluitvorming over indeling basis- en aanvullende diensten
- 2016 gesprek en besluitvorming over financieel meerjarenperspectief t/m 2018

8.3 Wat mag het kosten?

Bedragen	Rekening 2014	Begroting 2015	Begroting 2016	Begroting 2017	Begroting 2018	Begroting 2019
Baten	410.000	510.000	512.000	512.000	512.000	512.000
Lasten	811.000	1.010.000	736.000	736.000	736.000	736.000
Saldo	-401.000	-500.000	-224.000	-224.000	-224.000	-224.000
mutatie reserve	9.000	277.000	0	0	0	0
saldo	-392.000	-223.000	-224.000	-224.000	-224.000	-224.000

9 Gemeentelijke inwonerbijdrage

9.1 Wat willen we bereiken?

Doelstellingen

De inwonerbijdrage staat als dekkingsbijdrage tegenover het geheel van basisproducten van de GGD. De doelstelling hierbij is de basisdienstverlening optimaal in te richten en uit te voeren, zodat deze in de overeengekomen kwaliteit en omvang wordt gerealiseerd binnen de vastgestelde bijdrage.

Wettelijk kader

De gemeenten hebben de afspraken over de basisproducten van de GGD en de daaraan gerelateerde inwonerbijdrage vastgelegd in de gemeenschappelijke regeling voor GGD NOG. Deze is gebaseerd op de Wet gemeenschappelijke regelingen. De uitwerking vindt jaarlijks plaats in de programmabegroting en productenbegroting. De basistaken van de GGD zijn verankerd in de Wet publieke gezondheid.

9.2 Wat gaan we ervoor doen?

Dit programma omvat de inwonerbijdrage van de gemeenten voor de basisproducten van de GGD.

9.3 Wat mag het kosten?

Bedragen	Rekening 2014	Begroting 2015	Begroting 2016	Begroting 2017	Begroting 2018	Begroting 2019
Baten	10.972.000	11.114.000	11.124.000	11.073.000	11.022.000	10.971.000
Lasten	0	0	0	0	0	0
Saldo	10.972.000	11.114.000	11.124.000	11.073.000	11.022.000	10.971.000

De inwonerbijdrage 2016 is bepaald op basis van de bestaande afspraken over indexering. De inwonerbijdrage 2015 is gebaseerd op begroting na wijziging. In de berekening in de periode 2015-2018 hebben wij rekening gehouden met:

- de kostendaling van € 50.000 bij de jeugdgezondheidszorg als gevolg van de dalende kindertallen (AB-besluit 21 november 2013) en

Verder verwijzen wij u naar de onderbouwing in hoofdstuk 3, Financiële uitgangspunten, p. 20, en bijlage A, toelichting indexering, p. 54.

PARAGRAFEN

10 Paragrafen

Op basis van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten (BBV) bevat deze begroting vier verplichte paragrafen:

- weerstandsvermogen en risicobeheersing (inventarisatie weerstandcapaciteit, inventarisatie risico's en beleid)
- financiering (treasurybeleid)
- bedrijfsvoering (bedrijfsprocessen om de beleidsdoelstellingen te realiseren en de sturing en beheersing daarvan)
- verbonden partijen (waar de GGD bestuurlijke invloed en financieel belang heeft).

10.1 Weerstandsvermogen en risicobeheersing

10.1.1 Inleiding

In deze paragraaf geven wij weer hoe robuust de begroting is. Het weerstandsvermogen is het vermogen van GGD NOG om financiële tegenvallers op te vangen, zonder dat de continuïteit van de GGD in gevaar komt. Het weerstandsvermogen bestaat uit de relatie tussen:

- de weerstandscapaciteit, d.w.z. de middelen en mogelijkheden om niet begrote kosten te dekken;
- alle risico's waarvoor geen maatregelen zijn getroffen en die van materiële betekenis kunnen zijn voor de financiële positie.

10.1.2 Weerstandscapaciteit en risico's

Weerstandscapaciteit

Het Algemeen Bestuur heeft in 2010 besloten dat met een weerstandsvermogen van 5% van de omzet van de basisproducten en 20% van de omzet van plusproducten in redelijke mate in de structurele risico's wordt voorzien. De reserve basisproducten wordt geacht voor de helft bij de deelnemende gemeenten te zijn gereserveerd, de reserve plusproducten wordt volledig bij de GGD aangehouden. Om de risico's meer te onderbouwen geven we inzicht in de risico's per programma. Hier geven we aan wat de omvang van de plusopdrachten is en hoe groot het risico is.

Risico's

Om het benodigde weerstandsvermogen te bepalen hanteren wij als definitie van een risico: een gebeurtenis of omstandigheid met potentieel nadelige financiële gevolgen voor de organisatie.

Structurele exploitatierisico's

De exploitatie van de plusproducten omvat in beginsel een aanmerkelijk groter risico dan de exploitatie van de basisproducten. Het Algemeen Bestuur gaat ervan uit dat een weerstandscapaciteit van 5% van de omzet van de basisproducten en 20% van de omzet van plusproducten in redelijke mate de structurele risico's afdekken (AB-besluit 18 februari 2010). Het risico rond de plusproducten kent feitelijk twee dimensies. Ten eerste gaat het om de mate

waarin GGD in staat is aan te sluiten bij de behoefte van de klant en bij de klant op het netvlies staat. Ten tweede betreft het de bezuinigingsdruk bij gemeenten en andere financiers.

Exploitatierisico's plustaken per programma

Jeugdgezondheidszorg

Plustaken voor jeugdgezondheidszorg zijn voornamelijk maatwerk en het extra contactmoment adolescenten (ECA). De opbrengsten kunnen afnemen door decentralisatie van de jeugdzorg: mogelijk worden ze ondergebracht bij andere organisaties. Daarnaast is er sprake van dalende kinderaantallen, waardoor ook plusopdrachten kunnen vervallen. Voor het maatwerk en het ECA geven de deelnemende gemeente jaarlijks een subsidie. Het risico voor maatwerk wordt geschat op 90% van begrote baten (€ 150.000), voor het ECA wordt dit risico, gezien de huidige ontwikkelingen, lager geschat 25% van de begrote baten (€ 250.000). Uitvoering van het rijksvaccinatieprogramma behoort tot de basisproducten, maar noemen we hier vanwege de aparte bekostiging door het RIVM. Het risico voor het rijksvaccinatieprogramma schatten we in op 0%. Het totale risico voor de plustaken van JGZ is € 198.000.

Algemene Gezondheidszorg

Hierbij gaat het om de taken voor seksuele gezondheid (€ 750.000 op jaarbasis, gerekend tot de basisproducten, maar aanvullend gefinancierd door het RIVM) tuberculosebestrijding (€ 75.000 op jaarbasis) en inspecties kinderopvang (€ 1.000.000). Risicovol is vooral de arrestantenzorg, waarvoor de politie in 2014-2015 een aanbestedingstraject heeft ingezet. Voor deze taak zijn ook andere aanbieders in beeld komen. De financiële omvang van arrestantenzorg is € 279.000.

Het totale risico voor deze opbrengsten wordt geschat op € 475.000.

Kennis en Expertise

Kennis en Expertise heeft voor ruim € 230.000 aan plusopbrengsten begroot. Dit bestaat voor € 100.000 uit opbrengst extra contactmoment adolescenten (ECA) met een risico inschatting van 25%. De overige opbrengsten betreffen voornamelijk éénjarige contracten. Het risico dat plusopdrachten worden stopgezet is per product 100%. Het risico dat dit gelijktijdig optreedt, schatten we in op 60%. Het totaal risico is € 103.000.

Maatschappelijke zorg

Door bezuinigingen bij de gemeenten lopen mogelijk de opbrengsten terug. De totale opbrengsten voor Maatschappelijke Zorg bedragen € 517.000. Uitgaande van een bezuiniging van 10% is er sprake van een risico van € 51.000

Bestuursondersteuning en organisatieprojecten

Bij bestuursondersteuning en organisatieprojecten is een opbrengst begroot van € 512.000. Dit is extra omzet die we verwachten te genereren. Het risico voor deze extra omzet is 100%.

Gemeentelijke inwonerbijdrage

Het risico op onze basistaken wordt geschat op 5% van de gemeentelijke inwonerbijdrage. Dit risico vindt zijn oorsprong in mogelijke bezuinigingstaakstellingen die de gemeenten opleggen en in ontwikkelingen in de basisdienstverlening. Het totale risico is € 556.000, waarvan € 278.000 (50%) wordt geacht aan te worden gehouden bij de gemeenten.

Risico-analyse JGZ uittreden

De gemeenten zijn bezig met het versterken van de verbinding tussen de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg. Zij verkennen besturingsmodellen waarin de zeggenschap over lokaal/regionaal uit te voeren taken meer naar portefeuillehouders volksgezondheid of jeugd in de regio gaat. De positionering van de jeugdgezondheidszorg is hier een onderdeel van. De jeugdgezondheidszorg voor 4-18 jarigen vormt een substantieel deel van het takenpakket van de GGD. Ook hangt de JGZ nauw samen met andere taakgebieden van de GGD. Veranderingen raken de gehele organisatie van de GGD.

Bij de tot nu toe gehanteerde systematiek van uittreden uit de GGD past de formule waarbij de uittreder het direct personeel overneemt en over vier jaar een aflopende vergoeding betaalt voor de afbouw van de achterblijvende indirecte en eventuele managementkosten bij de GGD. Conform deze werkwijze kan dit risico voor de GGD en de achterblijvende gemeenten worden afgedekt. Nadere concretisering wordt uitgewerkt als deze situatie zich aandient.

Beleid omtrent de weerstandscapaciteit en de risico's:

Benodigd weerstandsvermogen structurele exploitatierisico's

	Totaal	Basis producten	Plus producten
Omzet programma	17.201.000	11.124.000	6.077.000
aan te houden reserve		5%	20%
Maximale bedragen per 31-12-2016	1.772.000	556.000	1.216.000
Waarvan geacht aangehouden te worden bij de gemeente	278.000	278.000	
Waarvan aan te houden bij GGD	1.494.000	278.000	1.216.000
Weerstandsvermogen ultimo 2014	1.474.000		
Voorgenomen storting jaarrekening 2014	0		
Verwacht saldo weerstandsvermogen bij GGD na voorgenomen storting	1.474.000		

Percentage weerstandscapaciteit

Berekening percentage weerstandscapaciteit	31-12-2016
Weerstandscapaciteit (materieel gezien)	1.474.000
Voorstel tot storting bij jaarrekening 2013	0
Stand weerstandsvermogen bij GGD na stortingsvoorstel	1.474.000
Weerstandsvermogen aan te houden bij de GGD per 31-12-2016	1.494.000
Percentage weerstandscapaciteit	99%

De gerealiseerde omzet in de Jaarrekening 2014 geeft geen aanleiding voor een aanvullende bijdrage voor het weerstandsvermogen. Op basis van de ramingen is het verwachte benodigde weerstandsvermogen ultimo 2016 € 1.494.000. Om de afgesproken omvang van het weerstandsvermogen te bereiken zou in 2016 een aanvullende bijdrage noodzakelijk zijn van € 20.000.

Samenvatting risico's per programma.

Programma	in €
Jeugdgezondheidszorg	198.000
Algemene Gezondheidszorg	475.000
Kennis en Expertise	103.000
Maatschappelijke Zorg	51.000
Bestuursondersteuning en organisatie projecten	512.000
Totaal risico plusproducten	1.339.000
Gemeentelijke inwonerbijdrage	556.000

Uit de samenvatting risico's per programma resulteert een risico op de plusproducten van € 1.339.000. Dit is een € 123.000 meer dan uit de berekening van het benodigd weerstandsvermogen komt. Door de grote onzekerheid in de risico's zien wij op dit moment geen aanleiding om het weerstandsvermogen aan te passen.

10.2 Financiering

Inleiding

Deze paragraaf omvat de beleidsvoornemens voor het risicobeheer van de financieringsportefeuille.

De financieringsparagraaf geeft kaders voor het transparant maken en daarmee voor het sturen, beheersen en controleren van de financieringsfunctie. Het Algemeen Bestuur heeft een Treasurystatuut vastgesteld waarin de volgende uitgangspunten zijn vastgelegd.

- zoveel mogelijke interne financiering
- een risicomijdende gedragslijn
- rekening houdend met deze randvoorwaarden, het optimaliseren van de renteresultaten.

In 2013 is de Wet schatkistbankieren aangenomen. Deze wet schrijft voor dat de decentrale overheden, waaronder ook de GGD, al hun overtollige liquide middelen en beleggingen aanhouden bij het ministerie van Financiën. De GGD heeft inmiddels de bij de BNG uitgezette overtollige kasmiddelen belegd bij de rijksoverheid. Binnen de risicomijdende voorwaarden van het Treasurystatuut heeft de GGD in 2012 overtollige kasgelden rentedragend uitgezet bij de Rabobank. Deze rekening wordt vanaf eind 2013, conform de wet, in drie jaar afgebouwd en de tegoeden worden dan eveneens ingebracht in het schatkistbankieren. Daarmee zijn de mogelijkheden om de renteresultaten te optimaliseren wel uitgeput.

Wij verwachten dat het ook in 2016 niet nodig zal zijn externe financieringsmiddelen aan te trekken, maar dat volledig gebruik kan worden gemaakt van interne financiering.

Kapitaalgoederen

De kapitaalgoederen van de GGD betreffen medische apparatuur, kantoorinventaris, ICT en telefonieproducten. Voor het beheer hiervan zijn beheersplannen aanwezig en zijn de meerjarige vervangingsplanningen in kaart gebracht.

De rekening 2014 heeft per 31-12-2014 een boekwaarde van kapitaalgoederen van afgerond € 285.000. Bij de 1e wijziging op de Programmabegroting 2016 bieden wij het Algemeen Bestuur een geactualiseerde Staat van activa aan. Wij verwachten dat de boekwaarde vanaf 2015 zal toenemen door investeringen in ICT. Deze zijn noodzakelijk om efficiënt te kunnen blijven werken en om inhoud te kunnen geven aan organisatie-ontwikkelingstraject Het Nieuwe Samenwerken.

10.3 Bedrijfsvoering

Hoofdpijnen

In de Uitgangspuntennota 2016 hebben wij de hoofdpijnen geschetst voor de bedrijfsvoering in 2016. De omgeving van de GGD verandert en de GGD sluit hierop aan. Met een intern organisatie-ontwikkelingstraject richt de GGD zich op versterking van klantgerichtheid, samenwerking en toekomstgerichtheid. Medewerkers en teams krijgen meer verantwoordelijkheid om zelf hun werk te organiseren en de gestelde doelen te bereiken, binnen de kaders van bestuur en organisatie.

Ons uitgangspunt is dat GGD NOG staat voor lokale dienstverlening aan de burgers en voor samenwerking met de keten- en netwerkpartners. De GGD verbindt zich aan de lokale wensen van gemeenten en de regionale samenwerking van gemeenten, zoals die binnen de regio's Achterhoek, Midden-IJssel / Oost-Veluwe en Noord-Veluwe is vorm gegeven. De organisatie van de GGD beweegt naar meer decentraal besturen, aansturen en organiseren van werk. Bij specialistische en ondersteunende taken benut de GGD de schaalvoordelen die mogelijk zijn op het niveau van de regio Noord- en Oost-Gelderland.

De ontwikkeling van de organisatie wordt ondersteund door vernieuwing van de huisvesting voor activiteiten en medewerkers van de GGD. Dit onderdeel wordt in 2015 gerealiseerd. Ook investeert de GGD in modernisering van de ICT-faciliteiten en verdere digitalisering van de informatiestromen. Verbetering van de sturings- en managementinformatie is hierbij een belangrijk onderdeel. Dit deel van het organisatie-ontwikkelingstraject heeft een doorlooptijd tot in 2016.

In de huidige omvang kan de GGD de ondersteunende processen op een verantwoorde manier zelfstandig organiseren. Dat is echter wel op een minimaal niveau om nog voldoende kwaliteit en continuïteit te kunnen bieden.

Prioriteiten 2016

De prioriteiten voor de bedrijfsvoering in 2016 geven wij hieronder weer. Een groot deel van de prioriteiten liggen in het verlengde van het interne organisatie-ontwikkelingstraject Het Nieuwe Samenwerken. De GGD rondt dit traject in 2015 grotendeels af. De verdere organisatie-ontwikkeling bouwt erop voort.

De prioriteiten in 2016 voor de bedrijfsvoering:

- afhankelijk van de besluitvorming door de gemeenten over jeugdgezondheidszorg: de bedrijfsvoering van GGD NOG in het licht van de genomen besluiten heroverwegen
- invoering van de een nieuwe indeling van de programma's en producten van de GGD, zodat de gemeenten duidelijker inzicht krijgen welke taken wettelijk verplicht zijn en welke niet, en waar beleidskeuzes mogelijk zijn
- doorzetten van ingezette ontwikkeling dat medewerkers en teams verantwoordelijk worden voor het resultaat en het beheer van middelen. Kernwoorden zijn resultaatverantwoordelijkheid, samenwerking en klantgerichtheid.
- doorzetten van ingezette ontwikkeling naar integraal management, met als kern inspirerend leiderschap en het integreren van het sturen op output.
- verbetering van management- en sturingsinformatie voor bestuur en management, als basis voor integrale advisering over de bedrijfsvoering en als sturingsinformatie voor gemeenten.
- realisering van een digitaal documentmanagementsysteem en digitalisering van het facturatieproces

10.4 Verbonden partijen

10.4.1 Inleiding

Verbonden partijen zijn partijen waarmee GGD NOG een bestuurlijke relatie heeft én waarin hij een financieel belang heeft. Bij de taak van de GGD binnen de publieke gezondheidszorg hoort vanzelfsprekend dat de GGD samenwerkt met tal van partijen op bestuurlijk, management- en uitvoerend niveau. Meestal is formeel geen sprake van verbonden partijen, met zowel een bestuurlijk als een financieel belang. Dit is alleen het geval bij de samenwerking binnen Hét Servicecentrum met Brabantse GGD'en. Om een zo volledig mogelijk beeld te geven, gaan wij ook in op der samenwerking met enkele andere partijen

10.4.2 Verbonden partij: Hét Servicecentrum

GGD Noord- en Oost-Gelderland werkt vanaf 1 april 2013 voor ICT-beheer samen met Hét Service Centrum, een samenwerkingsverband voor ondersteunende diensten van o.a. GGD Hart voor Brabant en GGD West Brabant. De samenwerking vindt plaats op basis van een samenwerkingsovereenkomst en dienstverleningsovereenkomsten. Hierin is ook een structuur voor overleg en aansturing overeengekomen.

GGD Hart voor Brabant, gevestigd te Tilburg, treedt op als penvoerder. Voor HSC is een aparte administratie ingericht. De directeurs van de deelnemende organisaties sturen HSC aan. Dit past binnen het mandaat van de algemeen directeur GGD voor de bedrijfsvoering. De deelnemers hebben hun samenwerking vastgelegd in een Overeenkomst kosten voor gemene rekening, met daarin de verdeling van kosten en risico's tussen de deelnemende partijen. Hiermee is ook het risico van btw-heffing afgedekt. Voor 2015 komt, op basis van de huidige verdeelsleutel, 13,69% van de kosten van informatievoorziening en automatisering voor rekening van de GGD NOG. Voor 2016 verandert mogelijk het deelnamepercentage van GGD NOG.

Hét Servicecentrum heeft geen eigen vermogen. Afwijkingen van de exploitatie begroting worden omgeslagen over de deelnemende partijen. Voor GGD betekent dit in 2015 een risico van de omvang van 13,69% op het begrotingstotaal van de ICT-en informatievoorzieningsbegroting van € 4,2 miljoen van het Servicecentrum. De deelnemende organisaties hebben beheersmaatregelen getroffen door een overkoepelende structuur te vormen, waarin zij gezamenlijk besluiten over beleidsmatige afwijking van de begroting.

Beleidsvoornemens

Bij de samenwerking in Hét Servicecentrum voor het ICT-beheer staat een doelmatige samenwerking en een adequate dienstverlening voorop. De Brabantse GGD'en herijken hun visie op de organisatie van de ondersteunende diensten. Bij de samenwerking voor ICT verwachten wij niet direct verandering. Voor de langere termijn verkennen wij ook de mogelijkheden van een dergelijke samenwerking met de GGD'en in Oost-Nederland.

10.4.3 Samenwerkingspartijen

GGD Noord- en Oost-Gelderland neemt verder deel in de samenwerking binnen:

- GGD GHOR Nederland)
- de Kring Oost-Nederland van GGD'en.

GGD GHOR Nederland

GGD NOG is, evenals de GHOR van de Veiligheidsregio NOG, aangesloten bij de GGD GHOR Nederland. GGD GHOR Nederland behartigt de collectieve belangen van haar leden richting politiek, overheden, verzekeraars, samenwerkingspartners, onderwijs, media en publiek. De directeur publieke gezondheid / algemeen directeur GGD en de directeur publieke gezondheid / directeur GHOR vertegenwoordigen gezamenlijk de regio NOG in GGD GHOR Nederland.

De GGD draagt een jaarlijkse bijdrage aan GGD GHOR NL af. Voor bepaalde GGD-taken maakt GGD GHOR Nederland afspraken met landelijke opdrachtgevers, zoals COA (Centraal orgaan Opvang Asielzoekers) en zorgverzekeraars.

Op bestuurlijk niveau neemt de voorzitter van GGD NOG deel aan de landelijke Bestuurlijke adviescommissie Publieke Gezondheid, de bac PG. Er is ook een bac GHOR. De bac PG en de bac GHOR bepalen de bestuurlijke kaders voor de PGVN. Beide commissies adviseren ook aan de VNG (via de commissie Gezondheid en Welzijn) en het Veiligheidsberaad, de landelijke koepel van de Veiligheidsregio's.

GGD'en Kring Oost-Nederland

GGD Noord- en Oost-Gelderland werkt samen met de andere GGD'en in Overijssel en Gelderland binnen de Kring Oost-Nederland (KON). Dit is een combinatie van samenwerking van onderop en samenwerking die landelijk wordt gestimuleerd. Het ministerie van VWS en het RIVM kennen voor enkele uitvoerings- en coördinatietaken middelen toe aan samenwerkende GGD'en. In de KON is elke GGD verantwoordelijk voor de samenwerking op één of meer taakgebieden. Per onderwerp maken de GGD'en afspraken over dienstverlening en kostenverdeling.

Beleidsvoornemens

Wij zien de waarde van GGD GHOR Nederland als brancheorganisatie voor de publieke gezondheid. GGD NOG blijft hierin actief deelnemen. Leidend zijn de opvattingen van de aangesloten GGD'en en de gemeenten. Wij steunen de ingezette lijn om de bestuurlijke betrokkenheid van gemeente/GGD-bestuurders via de bac PG te versterken. Belangrijk is dat VNG en GGD GHOR Nederland samen optrekken.

De samenwerking met de collega-GGD'en in Oost-Nederland levert voordeel op voor de kwaliteit en de efficiency van de dienstverlening bij alle deelnemers. Eerder hebben wij het initiatief genomen om mogelijkheden tot kostenbesparing door verdergaande samenwerking tussen GGD te verkennen. Dit heeft nog geen concrete resultaten opgeleverd, maar blijft nadrukkelijk onderwerp van gesprek. Ook op het gebied van bedrijfsvoering zien wij hier (op termijn) mogelijkheden.

FINANCIËLE BEGROTING

11 Financiële begroting

In dit onderdeel zijn de baten en lasten van de programma's opgenomen. Tevens geven wij hier de inwonerbijdragen per gemeente voor de basisproducten weer.

11.1 Overzicht baten en lasten 2016

Overzicht van de baten en lasten in € 1.000

	totaal	Jeugd gezondheid zorg	Algemene Gezondheid zorg	Kennis en Expertise	Maatschap- pelijke Zorg	Bestuurs ondersteuning en organisatie projecten	Inwoner bijdrage
Lasten							
GGD Overhead	4.813	2.231	1.440	736	93	313	0
Afdelingsoverhead	1.741	915	516	273	37	0	0
Personeelkosten	9.709	3.941	3.738	1.355	414	261	0
Overige lasten	938	8	707	61	0	162	0
totaal lasten	17.202	7.095	6.401	2.425	544	736	0
Baten							
Overige baten	6.078	939	3.879	231	517	512	0
Inwonerbijdrage	11.124	0	0	0	0	0	11.124
totaal baten	17.202	939	3.879	231	517	512	11.124
Saldo programma	1	-6.156	-2.522	-2.194	-27	-224	11.124
Mutaties reserves en voorzieningen	0	0	0	0	0	0	0
Saldo voor bestemming	1	-6.156	-2.522	-2.194	-27	-224	11.124

11.2 Inwonerbijdragen

Resultaat voor bestemming per programma per gemeente in € 1.000

Gemeente	aantal inwoners per 1-1-2015	Jeugd gezondheid zorg	Algemene Gezondheid zorg	Kennis en Expertise	Maatschappelijke Zorg	Bestuurs ondersteuning en organisatie projecten	Inwoner bijdrage
Aalten	26.903	-204	-84	-73	-1	-7	368
Berkeland	44.381	-336	-138	-120	-1	-12	608
Bronckhorst	36.721	-278	-114	-99	-1	-10	503
Doetinchem	56.494	-428	-175	-153	-2	-16	774
Oost Gelre	29.535	-224	-92	-80	-1	-8	405
Montferland	35.136	-266	-109	-95	-1	-10	481
Oude IJsselstreek	39.557	-300	-123	-107	-1	-11	542
Winterswijk	29.005	-220	-90	-78	-1	-8	397
Lochem	33.245	-252	-103	-90	-1	-9	455
Zutphen	46.833	-355	-145	-127	-2	-13	641
Apeldoorn	158.059	-1.198	-491	-427	-5	-44	2.165
Brummen	20.983	-159	-65	-57	-1	-6	287
Epe	32.222	-244	-100	-87	-1	-9	441
Hatterm	11.819	-90	-37	-32	0	-3	162
Heerde	18.517	-140	-57	-50	-1	-5	254
Voorst	23.913	-181	-74	-65	-1	-7	328
Ermelo	26.184	-198	-81	-71	-1	-7	359
Elburg	22.839	-173	-71	-62	-1	-6	313
Harderwijk	45.757	-347	-142	-124	-2	-13	627
Nunspeet	26.732	-203	-83	-72	-1	-7	366
Oldebroek	23.006	-174	-71	-62	-1	-6	315
Putten	24.383	-185	-76	-66	-1	-7	334
totaal	812.224	-6.157	-2.522	-2.194	-27	-224	11.124

NOOT: De compensatie voor Hatterm en Voorst bij de taal- en spraakscreening (jeugdgezondheidszorg) is hierin nog niet opgenomen. Dit verwerken wij in de Productenbegroting 2016, die wij dit najaar opstellen. Het gaat om totaal ± € 10.000. (zie ook p. 22).

11.3 Meerjarenraming

(in € 1.000)

	Rekening 2014	1e begroting wijziging 2015	begroting 2016	Meerjaren- raming 2017	Meerjaren- raming 2018	Meerjaren- raming 2019
Lasten						
Jeugdgezondheidszorg	7.235	7.103	7.095	7.044	6.993	6.942
Algemene Gezondheidszorg	6.261	6.372	6.401	6.401	6.401	6.401
Kennis en Expertise centrum	2.590	2.414	2.425	2.425	2.425	2.425
Maatschappelijke Zorg	502	542	544	544	544	544
Bestuursondersteuning en organisatie projecten	811	1.010	736	736	736	736
Gemeentelijke inwonerbijdrage	0	0	0	0	0	0
Totaal lasten	17.399	17.441	17.201	17.151	17.100	17.049
Baten						
Inwonerbijdrage deelnemende gemeente	10.972	11.114	11.124	11.073	11.022	10.971
Overige baten	6.455	6.050	6.077	6.077	6.077	6.077
Totaal baten	17.427	17.164	17.201	17.151	17.100	17.049
Saldo voor bestemming	28	-277	0	0	0	0
Onttrekking bestemmingsreserve ombuiging en mobiliteit	209	277	0	0	0	0
Resultaat na bestemming	237	0	0	0	0	0

11.4 Staat van activa

Wij leggen de Staat van activa (voorgenomen investeringen) op 26 november 2015 voor aan het Algemeen Bestuur in de vorm van een begrotingswijziging. Voor de inwonerbijdrage heeft dit geen gevolgen.

(volgt najaar 2015)

BIJLAGEN

12 Bijlage A: Toelichting indexering

Algemeen

Half januari 2015 hebben wij de Uitgangspuntennota voor de begroting 2016 toegezonden aan de colleges van B&W. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft de cijfers zijn ondertussen aangepast. Deze aanpassing heeft invloed op zowel de loonkostenindex als op de materiële kostenindex. De indexcijfers voor 2017- 2019 zijn wel in deze Uitgangspuntennota opgenomen In de meerjarenbegroting indexeren we alleen 2016. De jaren 2017-2019 worden opgenomen tegen prijspeil 2016. De hardheid van meerjaren-prijsindexering is beperkt en deze meenemen geeft niet een reëler beeld.

Loonkostenindex:

Voor de loonkostenindex maken we gebruik van de loonvoet sector overheid van het CPB. Dit is inclusief incidentele loonontwikkeling. Hiermee wijken we af van de berekening in de vastgestelde begroting 2015. Daar rekenden we met de CPB-index exclusief incidentele loonontwikkeling. Deze werd apart berekend. Dit is een technische vereenvoudiging die materieel geen verschil maakt.

De geactualiseerde loonkostenindex 2015 is:

Omschrijving	Vastgestelde begroting 2015	Actualisatie 2015	Correctie 2015
CAO Ontwikkeling	1,00%	0,75%	
Premie ontwikkeling	0,25%	0,40%	
Incidentele loonontwikkeling	0,25%	0,00%	
Nacalculatie 2013/2014	0,20%	0,85%	
Loonkostenindex	1,70%	2,00%	0,30%

De loonvoet sector overheid is in de CPB raming van december 2015 0,75%. Dit is inclusief incidentele loonontwikkeling. Voor de premie ontwikkeling verwachten we een index van 0,40%. De nacalculatie van 2013 en 2014 is 0,85%. De indexering in de begroting 2015 is daarmee 0,30% te laag.

Omschrijving	Vastgestelde begroting 2015	Actualisatie 2016	nacalculatie
Loonvoet sector overheid 2014	0,95%	2,50%	
Loonvoet sector overheid 2013	1,30%	0,60%	
Nacalculatie 2013 en 2014	2,25%	3,10%	0,85%

De geactualiseerde loonkostenindex voor 2016 inclusief incidentele loonontwikkeling en premie ontwikkeling stellen we op 1,50%.

Op basis van bovenstaande berekening stellen we voor de loonkosten in de begroting 2016 ten opzichte van 2015 met 1,80% (1,50% + 0,30%) te indexeren.

Materiële kostenindex

Voor de materiële kostenindex baseren we ons op de prognose van het CPB-cijfer "prijs overheidsconsumptie netto materieel". Voor 2015 verwacht het CPB een materiële kostenindex van 0,75 %.

In onderstaande tabel worden de CPB-prognoses van december 2014 afgezet tegen de in de vastgestelde begroting 2015 opgenomen indexen. De CPB-prognoses van december 2014 zijn een stuk lager dan de CPB-prognoses van december 2013. Deze laatste zijn gebruikt bij de berekeningen voor de Programmabegroting 2015. Dit resulteert in een correctie over de periode 2012 t/m 2015 van -/3,70%.

Berekening correctie index voorgaande jaren

Omschrijving	2012	2013	2014	2015	totaal
vastgestelde begroting 2015	2,50%	1,75%	1,75%	1,75%	
CPB prognose december 2014	1,60%	0,70%	1,00%	0,75%	
correctie voorgaande jaren	-0,90%	-1,05%	-0,75%	-1,00%	-3,70%

De indexering in de begroting 2015 is 3,70% te hoog.

Voor 2016 en verder gaan we uit van een materiële kostenindex van 1,0%.

Op basis van bovenstaande berekening stellen we voor de materiële kosten in de begroting 2016 ten opzichte van 2015 met -/ 2,70% (1,00% -/3,70%) te indexeren.

Gewogen index:

De kosten van de GGD bestaan voor 70% uit loonkosten en 30% uit materiële kosten.

De bovenstaande berekening leidt tot het volgende indexeringsvoorstel voor inwonerbijdrage deelnemende gemeenten:

loonkosten $0,7 * 1,80\% + \text{materiële kosten } 0,3 * -/ 2,70\% = 0,45\%$.

Rente activa:

De gemeente Apeldoorn maakt, afhankelijk van de levensduur van activa, gebruik van verschillende rentepercentages voor nieuwe activa. De GGD heeft vooral activa met een korte levensduur en gebruikt hetzelfde percentage voor alle activa. Voor 2016 stellen we voor om met een rente van 1,0% te werken. Dit komt overeen met het rentepercentage dat de gemeente Apeldoorn gebruikt voor investeringen met een levensduur van 6-10 jaar.

13 Bijlage B: Verdeling inwonerbijdrage openbare en jeugdgezondheidszorg

De GGD maakt een begroting of jaarrekening naar programma's, onderverdeeld in producten. Op basis van het Besluit Begroting en Verantwoording (BBV) verantwoorden de gemeenten deze onderwerpen in hun begroting en jaarrekening op de volgende functies:

- 714 Openbare gezondheidszorg (OGZ)
- 715 Centra voor jeugd en gezin (jeugdgezondheidszorg - JGZ)

Om de deelnemende gemeenten van dienst te zijn, maakt de GGD een voorstel ten laste van welke functies de gemeenten de algemene inwonerbijdrage kunnen verantwoorden.

De uitgangspunten voor bij de toerekening van de programma's naar de functies zijn.

1. De programma's Maatschappelijke zorg (MZ) en Algemene gezondheidszorg (AGZ) betreffen volledig OGZ.
2. Als een programma (ook) de functie JGZ betreft, komen de producten op functie 715.
3. De kosten Publieke gezondheidszorg asielzoekers (PGA) voor het aandeel van de functies worden gewogen naar het aandeel AGZ (naar functie 714) respectievelijk JGZ (naar functie 716) in de totale omzet van AGZ en JGZ.
4. Bij het programma Kennis en Expertise en het programma Bestuursondersteuning c.a. is de opzet van de weging hetzelfde als bij de kosten PGA.

Om deze berekening niet bij elke begroting of jaarrekening te wijzigen, hanteren wij een berekening op basis van aangenomen percentages. Deze percentages kunnen wel bij elke begroting of jaarrekening worden getoetst en/of gewijzigd. Indien de begroting 2015 maatgevend zou zijn, levert dat de volgende percentages op.

- Functie 714 OGZ afgerond: 42%
- Functie 715 JGZ afgerond: 58%

De gemeenten kunnen met deze percentages bepalen ten laste van welke functies zij op basis van het BBV de algemene inwonerbijdrage verantwoorden. Zie de tabel op de volgende pagina.

Inwonerbijdrage verdeeld over de functies OGZ en JGZ

Gemeente	Aantal inwoners 01-01-2015	Begroting 2016	Verdeling over de functies	
			714 OGZ	715 JGZ
Aalten	26.903	368.468	154.757	213.712
Berkelland	44.381	607.850	255.297	352.553
Bronckhorst	36.721	502.938	211.234	291.704
Doetinchem	56.494	773.752	324.976	448.776
Montferland	35.136	481.229	202.116	279.113
Oost Gelre	29.535	404.517	169.897	234.620
Oude IJsselstreek	39.557	541.780	227.548	314.232
Winterswijk	29.005	397.258	166.848	230.410
Regio Achterhoek	297.732	4.077.792	1.712.673	2.365.119
Apeldoorn	158.059	2.164.805	909.218	1.255.587
Brummen	20.983	287.387	120.703	166.684
Epe	32.222	441.318	185.354	255.965
Hatterm	11.819	161.875	67.988	93.888
Heerde	18.517	253.612	106.517	147.095
Lochem	33.245	455.330	191.238	264.091
Voorst	23.913	327.517	137.557	189.960
Zutphen	46.833	641.433	269.402	372.031
Regio Midden IJssel / Oost Veluwe	345.591	4.733.278	1.987.977	2.745.301
Elburg	22.839	312.807	131.379	181.428
Ermelo	26.184	358.621	150.621	208.000
Harderwijk	45.757	626.696	263.212	363.484
Nunspeet	26.732	366.126	153.773	212.353
Oldebroek	23.006	315.094	132.340	182.755
Putten	24.383	333.954	140.261	193.693
Regio Noord Veluwe	168.901	2.313.299	971.586	1.341.713
Totaal GGD Noord en Oost Gelderland	812.224	11.124.369	4.672.235	6.452.134
Bijdrage per inwoner		13,70	5,76	7,94

NOOT: De compensatie voor Hatterm en Voorst bij de taal- en spraakscreening (jeugd-gezondheidszorg) is hierin nog niet opgenomen. Dit verwerken wij in de Productenbegroting 2016, die wij dit najaar opstellen. Het gaat om totaal ± € 10.000. (zie ook p. 22).