



Zaanstreek-Waterland



Planning en Control Cyclus Begroting 2016-2019

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE	3
VOORWOORD	4
1 BEGROTING EN MEERJAREN-PERSPECTIEF	6
1.1 Samenvatting meerjarenperspectief	7
1.2 Bijdrage gemeenschappelijke regeling	10
2 UITGANGSPUNTEN BEGROTING 2016-2019	12
3 ALGEMENE ONTWIKKELINGEN	14
4 OPBOUW VAN DE BEGROTING	17
5 PROGRAMMABEGROTING	18
Programma 1 Epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering	19
Programma 2 Algemene gezondheidszorg	22
Programma 3 Maatschappelijke gezondheidszorg	25
Programma 3a Projectmatige werkzaamheden Maatschappelijke gezondheidszorg	29
Programma 4 Jeugdgezondheidszorg	30
Programma 4a Projectmatige werkzaamheden Jeugdgezondheidszorg	36
Programma 5 Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio	38
Algemene dekkingsmiddelen	41
6 PARAGRAFEN	43
6.1 Inleiding	44
6.2 Weerstandsvermogen	44
6.3 Verbonden partijen	45
6.4 Bedrijfsvoering	45
6.5 Financiering	47
6.6 Onderhoud kapitaalgoederen	50
7 FINANCIËLE BEGROTING	51
7.1 Staat van baten en lasten in het meerjarenperspectief	52
7.2 Investerings	53
7.3 Verloop van reserves en voorzieningen	54

VOORWOORD

Voor u ligt de programmabegroting 2016 van de GGD Zaanstreek-Waterland (GGD ZW), inclusief de meerjarenraming 2017-2019. Met deze begroting worden de kaders gesteld waarbinnen de voorgenomen programma-activiteiten in 2016 worden uitgevoerd. De basis voor de begroting 2016 is de kadernota 2016 die op 15 april 2015 door het algemeen bestuur van de GGD is vastgesteld. Hierbij zijn de ingediende zienswijzen van de gemeenteraden betrokken.

Na de transitie is 2015 het jaar van de transformatie in het sociaal domein. Ook in 2016 en de komende jaren zal de dienstverlening volop worden doorontwikkeld om effectief en op betaalbare wijze uitvoering te (blijven) geven aan de taken in het sociaal domein. Om goed aan te sluiten bij de taken en opdrachten waar de gemeenten voor staan, vraagt dit van de GGD-organisatie een andere manier van werken en een verdere versterking van de verbinding met de gemeenten.

Gezien alle ontwikkelingen is besloten om een visiedocument op te stellen die als leidraad dient om een toekomstbestendige GGD-organisatie vorm te geven die op een hoogwaardig niveau uitvoering kan blijven geven aan de (advies)functie op het gebied van de collectieve en individuele publieke gezondheid. In de kadernota 2016 is gemeld dat de uitkomsten van het visietraject bij de begrotingsbehandeling van 2016 zouden kunnen worden meegenomen. Dit is echter niet haalbaar gebleken omdat door het bestuur besloten is tot een andere aanpak en planning.

De gemeente Zaanstad heeft aangegeven dat zij mogelijk beleidskeuzes maken die van invloed kunnen zijn op de GGD. Bij de voorbereiding van het visietraject en de behandeling van het plan van aanpak is door het bestuur geconcludeerd dat het van groot belang is om eerst duidelijkheid te krijgen over de wensen en de voorgenomen keuzes van de gemeente Zaanstad alvorens het visietraject voor de GGD op te starten. Het aandeel van de gemeente Zaanstad in de GGD is groot en de keuzes van de gemeente Zaanstad kunnen van invloed zijn op de GGD als geheel. De gemeente Zaanstad heeft daarnaast aangegeven op de projectmatige werkzaamheden, met name op het terrein van het jeugdbeleid, meer directe sturing te willen. Anderzijds is bepaald dat het financiële risico van deze Zaanse producten op de gemeenschappelijke regeling voor de andere gemeenten niet nadelig mag zijn.

Geconstateerd is dat een visietraject voor de GGD niet eerder vorm kan krijgen dan nadat voornoemde stap door de gemeente Zaanstad is gezet. Het bestuur heeft op basis van deze nieuwe inzichten daarom besloten tot een andere aanpak en planning voor het visiedocument dan in de kadernota 2016 is vermeld. Het visietraject vanuit het bestuur van de GGD wordt weer opgepakt nadat de beleidsvoornemens van de gemeente Zaanstad bekend zijn. Deze worden in het 3^e kwartaal 2015 verwacht. Van belang is te melden dat in het bestuur van de GGD is afgesproken dat het algemeen bestuur geïnformeerd wordt over het traject en de keuzes van de gemeente Zaanstad zodat de bestuursleden de eigen raden kunnen betrekken en informeren.

In de voorliggende begroting zijn keuzes die eventueel voor 2016 of volgende jaren worden gemaakt (inhoudelijk en financieel) vanuit het visiedocument dan ook niet verwerkt. De begroting 2016 is gebaseerd op bestaand beleid. Het bestuur heeft in de vergadering van 13 mei jl wel besloten om beperkt structureel budget te ramen voor het volgende nieuw beleid (zoals voorgesteld in de kadernota 2016):

- € 35.000 budget op te nemen voor de uitvoering van de taken die de GGD heeft in het kader van het GGD rampenopvangplan (GROP). Om op deze wijze de inzet bij rampen en crisis structureel goed te borgen.
- € 10.000 budget op te nemen voor de implementatie van software zodat het voor cliënten mogelijk is om digitaal een afspraak in te plannen voor het spreekuur van SOA/Sense.

Deze bedragen (totaal € 45.000) zijn in de voorliggende begroting 2016 verwerkt.

In financieel opzicht wordt het volgende toegelicht.

In december 2014 heeft de eerste kamer ingestemd met het pensioenakkoord. De consequenties van het pensioenakkoord waren nog niet bekend bij het opstellen van de kadernota 2016. Inmiddels is gebleken dat het er door het pensioenakkoord sprake is van een substantiële daling van de werkgeversbijdrage voor de pensioenpremie per 1 januari 2015. Het financiële effect is € 130.000. Echter begin mei jl is vanuit de VNG aangegeven dat er rekening moet worden gehouden met een stijging van de pensioenpremie voor 2016. Op dit moment is onbekend hoe hoog deze stijging zal zijn. Het bestuur heeft op 13 mei jl dan ook besloten hiervoor een bedrag van € 100.000 te voorzien. Dit is in de begroting verwerkt.

Ondanks de verwerking van nieuw beleid (totaal € 45.000) is de gemeentelijke bijdrage op totaalniveau iets lager dan voorzien bij de kadernota 2016. Reden is, enerzijds het voordeel op de pensioenpremie (€ 30.000 (€ 100.000 wordt voorzien)) en anderzijds de mogelijkheid om (sinds medio 2014) onderzoeken in het kader van infectieziekten (als tuberculose) te declareren bij de zorgverzekering. Verzuimd is om deze inkomsten in de kadernota 2016 te vermelden. Het gaat om een bedrag van € 30.000 per jaar die in de begroting verwerkt is.

Verder moet ten aanzien van de uitgangspunten nog een verschil met de kadernota 2016 worden gemeld. Bij de uitgangspunten voor de begroting 2016 is in de kadernota gemeld dat de gemeentelijke bijdrage wordt berekend op basis van de definitieve inwonersaantal 1 januari 2015 (t-1). Door een veranderde werkwijze bij het CBS zijn de definitieve en de voorlopige inwonersaantallen bij het opstellen van de begroting (april 2015) op 1 januari 2015 nog niet beschikbaar. Bij de berekening van de bijdrage over 2016 is uitgegaan van de definitieve inwonersaantallen op 1 januari 2014.

De begroting 2016 is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 1 is een samenvattend overzicht opgenomen van het begrotingssaldo voor 2016 en in het meerjarenperspectief. Verder is in dit hoofdstuk een overzicht opgenomen van de bijdrage voor 2016 voor de individuele gemeenten aan de gemeenschappelijke regeling.

In hoofdstuk 2 zijn de uitgangspunten voor de begroting 2016-2019 opgenomen. Van belang is te melden dat er rekening is gehouden met een eventuele indexatie van de lonen op grond van de nieuwe cao en stijging van werkgeverslasten voor totaal 1%. De uitkomsten van de onderhandelingen zijn bij het opstellen van deze begroting nog niet duidelijk. De cao loopt per 31 december 2015 af.

In hoofdstuk 3 wordt de begrotingsopzet toegelicht. In hoofdstuk 4 worden de algemene ontwikkelingen in de publieke gezondheid geschetst die op alle op programma's van invloed zijn. Hoofdstuk 5 is de programmabegroting, waarin op hoofdlijnen de ontwikkelingen per programma worden vermeld, evenals de doelstellingen, activiteiten en benodigde middelen. In hoofdstuk 6 zijn de paragrafen opgenomen. Tenslotte geeft hoofdstuk 7 nader inzicht in de financiële begroting.

De voorzitter,

De secretaris,

J. Olthof

mw. drs. J. Riensema

1 BEGROTING EN MEERJARENPECTIEF

1.1 Samenvatting meerjarenperspectief

Gemeenschappelijke regeling

Onderstaand wordt samengevat het financiële meerjarenperspectief voor 2016-2019 voor de gemeenschappelijke regeling gepresenteerd. De lasten en baten worden in hoofdstuk 5 per programma toegelicht. De begroting 2016 en het meerjarenperspectief kent voor de jaren 2016-2019 het volgende begrotingssaldo (=de totale bijdrage van de gemeenten aan de gemeenschappelijke regeling exclusief projecten):

Gemeenschappelijke regeling			2015	2016	2017	2018	2019
P1	Epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering	Baten	-	-	-	-	-
		Lasten	1.127.054	987.938	997.038	1.007.269	1.017.847
		Saldo	1.127.054	987.938	997.038	1.007.269	1.017.847
P2	Algemene gezondheidszorg	Baten	553.387-	651.923-	657.678-	663.729-	669.795-
		Lasten	1.476.584	1.551.927	1.556.840	1.573.294	1.589.649
		Saldo	923.197	900.004	899.162	909.565	919.854
P3	Maatschappelijke gezondheidszorg	Baten	40.400-	-	-	-	-
		Lasten	857.409	869.863	878.283	887.757	896.216
		Saldo	817.009	869.863	878.283	887.757	896.216
P4	Jeugd gezondheidszorg	Baten	1.356.887-	1.235.674-	1.247.820-	1.260.547-	1.273.509-
		Lasten	8.304.434	8.415.313	8.498.456	8.592.477	8.689.170
		Saldo	6.947.547	7.179.639	7.250.637	7.331.930	7.415.661
P5	Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio	Baten	253.102-	245.120-	247.550-	250.155-	252.822-
		Lasten	253.102	288.822	291.681	294.770	297.938
		Saldo	-	43.701	44.131	44.615	45.117
	Paragraaf bedrijfsvoering	Baten	3.136.275-	3.092.418-	3.114.393-	3.160.762-	3.206.103-
		Lasten	3.136.275	3.092.418	3.114.393	3.160.762	3.206.103
		Saldo	-	-	-	-	-
Totaal bijdrage gemeenschappelijke reg			9.814.808	9.981.145	10.069.251	10.181.137	10.294.694

In de bovenstaande tabel is de totale bijdrage aan de gemeenschappelijke regeling weergegeven. Ter vergelijking zijn in de tabel ook de lasten en baten in 2015 na 1^e begrotingswijziging vermeld, waarbij alleen rekening is gehouden met de bijstellingen uit de 1^e begrotingswijziging 2015 die structureel zijn. Dit om een goed vergelijk tussen de jaren mogelijk te maken.

Ten opzichte van 2015 is voor 2016 sprake van een stijging van de gemeentelijke bijdrage met ruim € 166.000. Dit komt met name voort uit de uitgangspunten die zijn vastgesteld bij de kadernota 2016. Namelijk de aanpassing en indexatie van de loonkosten en een bedrag voor onvermijdelijke prijsverhogingen. Daarnaast zijn twee nieuwe beleidsvoornemens financieel vertaald.

Bij de kadernota 2016 werd een totale gemeentelijke bijdrage voor 2016 van € 9.987.166 geprognosticeerd, zonder verwerking van nieuw beleid. Na het opstellen van de begroting komt de gemeentelijke bijdrage voor 2016 uiteindelijk uit op € 9.981.145 inclusief (€ 45.000) nieuw beleid.

Ondanks de verwerking van nieuw beleid (totaal € 45.000) is de gemeentelijke bijdrage op totaalniveau iets lager dan voorzien bij de kadernota 2016. Reden is, enerzijds het voordeel op de pensioenpremie (€ 30.000) en anderzijds de mogelijkheid om (sinds medio 2014) onderzoeken in het kader van infectieziekten (als tuberculose) te declareren bij de zorgverzekering. Verzuimd is om deze inkomsten in de kadernota 2016 te vermelden. Het gaat om een bedrag van € 30.000 per jaar die in de begroting verwerkt is. Het verschil ten opzichte van de kadernota is als volgt:

Meerjarenperspectief	2016	2017	2018	2019
<u>Gepresenteerd in de kadernota 2016</u>				
Totale bijdrage gemeenschappelijke regeling	9.987.166	10.099.974	10.199.528	10.200.322
<u>In voorliggende begroting</u>				
Totale bijdrage gemeenschappelijke regeling	9.981.145	10.069.251	10.181.137	10.294.694
Voordelig verschil	-6.021	-30.723	-18.391	94.372

Voor 2017 en volgende jaren stijgt de bijdrage op totaalniveau. Dit komt vooral voort uit de cumulatieve indexatie van de loonkosten met 1 % per jaar en de cumulatieve indexatie met € 20.000 per jaar voor onontkoombare prijsstijgingen. Daarnaast fluctueren de kapitaallasten. De indexatie is een aanname. Jaarlijks worden bij het opstellen van de begroting wordt de noodzakelijke loon- en prijsindex vastgesteld, wat bepalend is voor de uiteindelijke gemeentelijke bijdrage in toekomstige jaren.

Projectmatige werkzaamheden

De omvang van de projectmatige werkzaamheden (plusproducten en projecten) voor 2016 zijn in onderstaande tabel weergegeven. Voor de projectmatige werkzaamheden geldt dat afrekening buiten de gemeenschappelijke regeling met de opdracht gevende gemeente plaatsvindt. Uitgegaan is van de portefeuilleomvang van de projecten in 2015 en de tarieven die voor 2016 inmiddels zijn vastgesteld. Daar waar bekend is dat projecten eindigen per 2016 is daar ook rekening mee gehouden.

De wijze van organiseren van de projectmatige werkzaamheden wordt een belangrijk onderdeel van het op te stellen visiedocument. Omdat de keuzes en uitkomsten niet bekend zijn ten tijden van het opstellen van de begroting 2016 is hier geen rekening mee gehouden.

Verder is van belang om te benoemen dat er een financiële relatie is tussen de projecten en de gemeenschappelijke regeling. Vanuit de projecten wordt een deel van de overhead in de gemeenschappelijke regeling bekostigd, deze bedraagt € 630.000 (begroting 2016). Dit bedrag is hoger dan eerdere jaren omdat besloten is om "Veilig Thuis" niet in de gemeenschappelijke regeling onder te brengen maar als project in rekening te brengen.

In de begroting 2016-2019 is geen rekening gehouden met een eventuele korting op de projecten. Mocht de projectenportefeuille worden verkleind dan heeft dit consequenties voor de bijdrage vanuit de projecten in de overhead van de gemeenschappelijke regeling.

Een overzicht van de projecten en voor welke gemeente dit wordt uitgevoerd, is per programma opgenomen als onderdeel A (programma 3A en 4A.). De omvang van de projecten is als volgt:

Projectmatige werkzaamheden			2015	2016			
P3	Maatschappelijke gezondheidszorg	Baten	1.380.371-	2.525.336-			
		Lasten	1.380.371	2.525.336			
		Saldo	-	-	-	-	-
P4	Jeugd gezondheidszorg	Baten	2.091.869-	3.339.260-			
		Lasten	2.091.869	3.339.260			
		Saldo	-	-	-	-	-
Totaal budget							
projectmatige werkzaamheden			3.472.240	5.864.596	-	-	-

1.2 Bijdrage gemeenschappelijke regeling

Voor 2016-2019 is de bijdrage aan de gemeenschappelijke regeling voor de individuele gemeenten weergegeven in onderstaande tabel.

Ten aanzien van de berekening van de bijdrage per gemeente is het van belang rekening te houden met het volgende:

- De inwonersaantallen zijn de definitieve inwonerscijfers per 1 januari 2014 (t-1) afkomstig van het CBS (de inwonersaantallen per 1 januari 2015 zijn bij het CBS op het moment van opstellen van de begroting (april 2015) niet beschikbaar).
- De bijdrage voor de jeugdgezondheidszorg (Jeugdgezondheidszorg) wordt naar rato van het inwonersaantal 0-19 verdeeld.
- De kosten voor het meldpunt overlast en bemoeizorg (programma 3, maatschappelijke gezondheidszorg) wordt berekend naar rato van de afname in 2013 en totaal 604 meldingen.
- De bijdrage voor alle programma's met uitzondering van de jeugdgezondheidszorg (Jeugdgezondheidszorg) en het meldpunt bemoeizorg en overlast wordt naar rato van het inwonersaantal verdeeld.

Voor 2016 is de bijdrage (verdeeld naar de programma's) aan de gemeenschappelijke regeling voor de individuele gemeenten als volgt:

	Inwoners 01-01-2014 definitief	Prog 1 EBG	Prog 2 AGZ	Aantal meldingen obv 2013	Prog 3 meldpunt	Totaal functie 714
Beemster	8.910	26.932	24.535	10	14.402	65.869
Edam Volendam	28.920	87.417	79.636	28	40.325	207.377
Landsmeer	10.444	31.569	28.759	10	14.402	74.730
Oostzaan	9.139	27.625	25.166	11	15.842	68.632
Purmerend	79.576	240.535	219.125	154	221.786	681.447
Waterland	17.134	51.791	47.181	11	15.842	114.814
Wormerland	15.777	47.689	43.445	18	25.923	117.057
Zaanstad	150.598	455.213	414.696	355	511.261	1.381.170
Zeevang	6.341	19.167	17.461	7	10.081	46.709
Totaal	326.839	987.938	900.004	604	869.863	2.757.804

	Transport	Inw 0-19 01-01-2014 definitief	JGZ 0-19 functie 715	Inwoners 01-01-2014 definitief	GHOR functie 120	Totaal GGD
Beemster	65.869	2.053	196.557	8.910	1.191	263.617
Edam Volendam	207.377	7.203	689.624	28.920	3.867	900.869
Landsmeer	74.730	2.343	224.322	10.444	1.396	300.448
Oostzaan	68.632	2.116	202.589	9.139	1.222	272.443
Purmerend	681.447	17.728	1.697.301	79.576	10.640	2.389.388
Waterland	114.814	3.767	360.657	17.134	2.291	477.763
Wormerland	117.057	3.562	341.030	15.777	2.110	460.197
Zaanstad	1.381.170	34.756	3.327.584	150.598	20.136	4.728.890
Zeevang	46.709	1.462	139.974	6.341	848	187.531
Totaal	2.757.804	74.990	7.179.639	326.839	43.701	9.981.145

In **het meerjarenperspectief 2016-2019** is de bijdrage aan de gemeenschappelijke regeling voor de individuele gemeente als volgt. Ter vergelijking is de bijdrage voor 2015, na 1^e begrotingswijziging, opgenomen.

	1e wijziging 2015	2016	2017	2018	2019
Beemster	259.622	263.622	265.942	268.901	271.916
Edam Volendam	886.620	901.199	909.181	919.301	929.630
Landsmeer	296.112	300.417	303.052	306.424	309.862
Oostzaan	268.248	272.454	274.854	277.911	281.025
Purmerend	2.349.922	2.389.079	2.410.122	2.436.894	2.464.044
Waterland	471.359	477.667	481.841	487.203	492.683
Wormerland	453.323	460.163	464.205	469.368	474.629
Zaanstad	4.644.908	4.729.008	4.770.867	4.823.845	4.877.471
Zeevang	184.694	187.535	189.185	191.290	193.435
Totaal	9.814.808	9.981.145	10.069.251	10.181.137	10.294.694

2 UITGANGSPUNTEN BEGROTING 2016-2019

In de kadernota 2016 zijn de uitgangspunten voor de programmabegroting 2016-2019 vastgelegd. De kadernota 2016 is op 15 april 2015 door het algemeen bestuur vastgesteld.

Gemeenschappelijke regeling

De uitgangspunten gelden voor de gemeenschappelijke regeling. Voor de projectmatige werkzaamheden (plusproducten) worden de tarieven 2016 door het dagelijks bestuur, in april 2015, vastgesteld en gehanteerd.

Daarnaast wordt een afzonderlijke begroting voor Veilig Thuis vastgesteld. Het algemeen bestuur heeft op 27 november 2014 besloten dat Veilig Thuis geen onderdeel uitmaakt van de bijdrage aan de gemeenschappelijke regeling. Voor Veilig Thuis wordt het bestuur een afzonderlijke begroting ter vaststelling aangeboden en maakt geen onderdeel uit van de lasten en baten van de gemeenschappelijke regeling.

Meerjarenperspectief vastgestelde begroting 2014-2017

De basis voor 2016 vormt het meerjarenperspectief zoals opgenomen in de programmabegroting 2015 en rekening houdend met de structurele wijzigingen vanuit de 1^e begrotingswijziging 2015 (vastgesteld door het algemeen bestuur op 15 april 2015).

Meerjarige begroting

De begroting 2016 wordt meerjarig opgesteld, te weten over de jaren 2016-2019.

Loonkosten

De salarissen worden geraamd op maximale schaal en periodiek. Garantieschalen en toelagen worden niet in de raming meegenomen, omdat er op maximale schaal en periodiek wordt geraamd.

Loonindex

Eind september 2014 is ingestemd met de nieuwe cao, met een looptijd tot en met 2015. Naast modernisering en het vereenvoudigen van de arbeidsvoorwaarden, het bevorderen van arbeidsmogelijkheden van specifieke doelgroepen en meer keuzevrijheid voor medewerkers (individueel keuzebudget) is er een loonsverhoging afgesproken. Deze is als volgt:

1. Per 1 oktober 2014 een loonsverhoging van 1%.
2. Per 1 april 2015 worden alle bedragen in de salaristabel met € 50 verhoogd.

De loonsverhoging is verwerkt in een 1^e begrotingswijziging 2015 (de vergadering van het algemeen bestuur op 6 februari 2015). De cao loopt 31 december 2015 af. Over de nieuwe cao voor 2016 is geen duidelijkheid. Voorzichtigheidshalve wordt een (loon)index van totaal 1 % ten opzichte van het voorgaande jaar aangehouden. 0,5% loonstijging is al structureel verwerkt in het vastgestelde meerjarenperspectief bij de begroting 2015. Er wordt daarom nog 0,5 % loonindex als autonome ontwikkeling opgenomen. Mocht de loonindex (per saldo 1%) onvoldoende blijken wanneer er duidelijkheid is over de nieuwe cao, dan zal er een afzonderlijke begrotingswijziging worden voorgelegd.

Prijsindex

Voor 2016 wordt met een prijsindex ten opzichte van 2015 rekening gehouden voor de lasten en de baten. De index wordt alleen toegepast op de budgetten waarvoor dit strikt noodzakelijk is. Er wordt een bedrag van € 20.000 opgenomen. De prijsstijging is al structureel verwerkt in het vastgestelde meerjarenperspectief bij de begroting 2015.

Rekenrente

Voor de berekening van de kapitaallasten wordt een rentepercentage van 4% gehanteerd.

Verdeelsleutel gemeentelijke bijdrage

De gemeentelijke bijdrage voor programma 1, 2, 3 (met uitzondering van de kosten voor het meldpunt) en programma 4 (Jeugdgezondheidszorg) wordt berekend op basis van de laatst bekende definitieve inwonersaantal. Dit is 1 januari 2014 (t-1). De voorlopige of definitieve inwonersaantal per 1 januari 2015 zijn op het moment van opstellen van de begroting (april 2015) niet beschikbaar. De kosten voor het meldpunt worden berekend naar rato van de afname in 2013 van totaal 604 meldingen.

De gemeentelijke bijdrage voor programma 4 wordt berekend op basis van de laatst bekende definitieve inwonersaantal 0-19 jaar op 1 januari 2014 (t-1).

Opgemerkt wordt dat voor Veilig Thuis de bijdrage afzonderlijk in rekening wordt gebracht en deze geen onderdeel uitmaakt van de gemeentelijke bijdrage aan de gemeenschappelijke regeling. Het algemeen bestuur heeft op 27 november 2014 besloten dat Veilig Thuis geen onderdeel uitmaakt van de bijdrage aan de gemeenschappelijke regeling. Voor Veilig Thuis wordt het bestuur een afzonderlijke begroting 2016 en daarbij verdeelsleutel ter vaststelling aangeboden.

Ontwikkeling inwonersaantallen

Bij de verdeling van de gemeentelijke bijdrage voor 2016 en volgende is bij de kadernota uitgegaan van de definitieve inwonersaantallen op 1 januari 2014 op basis van de cijfers van het CBS. Ook bij de begroting zijn de definitieve inwonersaantallen op 1 januari 2014 gebruikt.

3 ALGEMENE ONTWIKKELINGEN

Publieke gezondheid

Het vakgebied van de publieke gezondheid is meer dan ooit in beweging. Dit wordt vooral veroorzaakt door het overhevelen van taken vanuit het Rijk, maar ook door een omslag in denken op landelijk en gemeentelijk niveau. Deze zijn van invloed op de rol die de GGD vervult en het aanpassen van de organisatie, dienstverlening en de wijze van werken van de GGD. In het kort worden de belangrijkste (huidige) ontwikkelingen geschetst. In hoofdstuk 5 wordt, waar mogelijk, de ontwikkelingen naar de programma's vertaald.

Nieuwe definitie gezondheid

De definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie uit 1948 wordt herzien. De nieuwe definitie van zorg is een belangrijk uitgangspunt. Gezondheid in de nieuwe definitie is "het vermogen om aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven". De (discussie over de) nieuwe definitie van gezondheid past in een andere kijk op gezondheid en de rol van zorgprofessionals. Het gaat uit van mogelijkheden in plaats van beperkingen.

Kamerbrief Publieke gezondheid

Augustus 2014 hebben Minister Schippers en Staatsecretaris Van Rijn een kamerbrief aangeboden, waarin een pleidooi wordt gehouden voor een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de Publieke gezondheid van gemeenten en Rijk. Ook in deze brief wordt de omslag van denken in termen van 'ziekte, zorg en afhankelijkheid' naar 'gezondheid, preventie en eigen kracht' beschreven. Deze omslag in denken biedt kansen voor de publieke gezondheid, maar vragen ook om een heroriëntatie en borging van thema's in de publieke gezondheid.

Decentralisaties

Met de transities per 2015 op de domeinen Wet Maatschappelijke Ondersteuning/Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, jeugdzorg en werk en inkomen hebben de gemeenten veel verantwoordelijkheden gekregen in het sociale domein. Er is en wordt in het zorg- en welzijnsaanbod veel veranderd. In 2016 krijgt de transformatie verder vorm. In alle gemeenten zijn gebiedsgerichte teams aan de slag die de taken op deze domeinen uitvoeren. Het sociale domein heeft behalve de curatie ook betrekking op het veld om de zorg heen: de preventie en vroeg- signalering aan de ene kant en de mensen die het niet redden of geen contact mee is aan de andere kant. Deze twee taakvelden zijn vanouds belegd bij de GGD. Naast gebiedsteams worden ook een aantal taken regionaal dan wel bovenregionaal georganiseerd.

Participatiemaatschappij

De roep om 'eigen verantwoordelijkheid en regie van de burger' neemt in kracht toe en wordt meer bepalend voor de keuzes die gemeenten en de GGD gaan maken. Deze ontwikkeling leidt tot een sterkere inzet op vraaggericht werken, zorg op maat, regie aan de cliënt, ouder, jongere. Bijzondere aandacht verdienen de kwetsbaren en zorgmijders; voor hen geldt een specifieke benadering om hen in de zorg te krijgen en te houden.

Versterking samenwerking met gebiedsteams

In alle gemeenten zijn er teams, als sociale wijkteams, jeugdteams en kernteams aan de slag waar inwoners terecht kunnen voor informatie, advies, ondersteuning en hulp. De GGD kan in samenwerking met gebiedsteams verbindingen leggen tussen publieke gezondheid en het bredere sociaal domein. De Jeugdgezondheidszorg ziet in principe alle kinderen, op verschillende leeftijden, normaliseert en biedt ondersteuning in eigen kracht. De verschillende afdelingen van de GGD leveren een schat aan (epidemiologische) informatie en gegevens die gemeenten kunnen gebruiken om een aantal beleidsbeslissingen in het sociaal domein te onderbouwen, monitoren en evalueren. Daarnaast is samenwerking met jeugd- en wijkteams essentieel voor een goede af- en opschaling van zorg en

ondersteuning, het verkrijgen van inzicht in de gezondheidsproblematiek en het aanbieden van preventieve programma's.

Gegevensuitwisseling

Gegevensuitwisseling tussen samenwerkingspartijen wordt steeds belangrijker voor het uitvoeren van de verschillende maatschappelijke taken. De samenwerking tussen hulpverleners en de regievoering door de gemeente leidt er toe dat er vragen komen om meer informatie uit te wisselen. De gegevensuitwisseling moet zich verder uit kristalliseren. Het belang van de burger, rekening houdend met de wet en regelgeving (wet geneeskundige behandelovereenkomst en de wet bescherming persoonsgegevens), staat voorop.

Basispakket Jeugdgezondheidszorg

Het landelijke basispakket Jeugdgezondheidszorg is duidelijk. Het gaat dan om de volgende nieuwe taken:

1. Screening heupafwijkingen (werd feitelijk al uitgevoerd door de Jeugdgezondheidszorg),
2. Gezondheidsbevordering bij over- en ondergewicht,
3. Internet- en sociale media gebruik,
4. Bevorderen psychosociale en emotionele gezondheid en voorkomen van opvoedproblemen bij discriminatie en geweld,
5. Zorgcoördinatie, inclusief toeleiden naar voor- en vroegschoolse opvang,
6. Voorkomen van schoolverzuim en schooluitval
7. Epidemiologisch onderzoek en beleidsadvisering, mede op basis van het digitaal dossier Jeugdgezondheidszorg.

Wet regulering prostitutie

Dit wetvoorstel ligt bij de eerste kamer. Het voorstel stelt tot doel de oorzaken van het voortbestaan van misstanden in de prostitutiebranche aan te pakken. De kern van het wetsvoorstel wordt gevormd door de invoering van een verplicht en uniform vergunningstelsel voor de uitoefening van een seksbedrijf.

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg is een opvolger van de Wet Bijzondere Opnemings Psychiatrische Ziekenhuizen en leidt tot een verschuiving van 'gedwongen opname als inbreuk op iemands autonomie en zelfbeschikking' naar 'ieder mens heeft recht op behandeling ook als hij dat zelf vanwege zijn ziekte niet inziet' (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg). De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg richt zich op een gedwongen behandeling in plaats van een gedwongen opname. De mogelijkheden voor het doen van een zorgmelding verplichte behandeling worden verruimd. Naast geneesheer-directeuren en de officier van justitie kunnen anderen een melding doen bij Meldpunten Openbare geestelijke gezondheidszorg. Het streven was om de wet per januari 2015 te laten ingaan. De wet ligt echter nog bij de Tweede Kamer.

Visie op de taken en de rol van de GGD

2015 is het eerste jaar waarin de gemeenten uitvoering geven aan de nieuwe verantwoordelijkheden in het sociaal domein. Regionaal wat regionaal moet, gebieds-/wijkgericht werken en de verbinding tussen de samenwerkingspartners zoeken, zodat op betaalbare wijze uitvoering kan worden gegeven aan de taken in het sociaal domein. Duidelijk is dat dit ook een nieuwe rol van de GGD vraagt en om een intensivering van de verbinding tussen de GGD en gemeenten. De verwachtingen van de gemeenten en de wijze waarop de GGD haar rol kan vervullen en verwacht wordt te vervullen moeten helder zijn. Alleen dan kan de GGD-organisatie blijven aansluiten bij de wensen van de gemeenten.

Om de taken en de rol van de GGD nader uit te werken is door het bestuur besloten om een visiedocument op te stellen. Naast inhoudelijke keuzes zal op basis van dit document onder meer bepaald worden welke taken de GGD uitvoert en op welke wijze deze te organiseren (binnen of buiten

de gemeenschappelijke regeling). De GGD verricht jarenlang verschillende taken voor en namens de gemeenten, namelijk:

- wettelijke taken die verplicht uitgevoerd moeten worden door de GGD.
- wettelijke taken waarvan niet wettelijk is vastgelegd dat deze door de GGD hoeven te worden uitgevoerd.
- (projectmatige) werkzaamheden in opdracht van individuele of samenwerkende gemeenten.

Naast inhoudelijke argumenten door de vele externe ontwikkelingen zijn er financiële argumenten voor een herbezinning welke, niet wettelijk door de GGD uit te voeren taken en projectmatige werkzaamheden, bij de GGD worden ondergebracht en op welke wijze te organiseren. De belangrijkste financiële redenen voor een heroriëntatie zijn:

- Beperking van het financiële risico.

De GGD is een gemeenschappelijke regeling voor de negen gemeenten. Het risico voor projecten zit "verweven" in de gemeenschappelijke regeling. Dit betekent dat eventuele tekorten op projecten, theoretisch, voor rekening komen voor alle deelnemende gemeenten. Ook als door beëindiging van een project en daarmee ontslag van een medewerker (op grond van de CAR-UWO) de WW wordt verhaald kan dit, theoretisch gezien, voor rekening komen van alle deelnemende gemeenten. Weliswaar is het risico met betrekking tot projectmatige werkzaamheden "afgedekt" door middel van een reservering frictie projecten. Dit houdt echter geen stand als anderen dan deelnemende gemeenten projectmatig werkzaamheden van de GGD afnemen (bv Jeugdteams (die niet bij de GGD zijn belegd en sociale wijkteams).

- De mogelijkheid van btw-verrekening.

Er kan via de gemeenschappelijke regeling geen volledige btw-verrekening plaatsvinden. Dit werkt kostenverhogend.

In de kadernota 2016 is gemeld dat de uitkomsten van het visiedocument bij de begrotingsbehandeling van 2016 zouden kunnen worden meegenomen. Dit is echter niet haalbaar gebleken. Reden is dat het bestuur op basis van nieuwe inzichten besloten heeft tot een andere aanpak en planning. Door de gemeente Zaanstad is aangegeven dat zij voornemens zijn beleidskeuzes te maken die van invloed kunnen zijn op de GGD. Bij de voorbereiding van het visietraject en de behandeling van het plan van aanpak is door het bestuur geconcludeerd dat het van groot belang is om eerst duidelijkheid te krijgen over de wensen en keuzes van de gemeente Zaanstad alvorens het visietraject voor de GGD op te starten. Het aandeel van de gemeente Zaanstad in de GGD is groot en de keuzes van de gemeente Zaanstad kunnen in belangrijke mate van invloed zijn op de GGD als geheel.

Daarnaast heeft de gemeente Zaanstad aangegeven op de projectmatige werkzaamheden meer directe sturing te willen. Anderzijds is het ook van belang dat het financiële risico van deze "Zaanse producten" op de gemeenschappelijke regeling voor de andere gemeenten niet nadelig mag zijn.

Geconstateerd is dat een visietraject voor de GGD niet eerder vorm kan krijgen dan nadat de wensen en keuzes van gemeente Zaanstad duidelijk zijn. Het visietraject vanuit het bestuur van de GGD wordt dan ook weer opgepakt nadat de beleidsvoornemens van de gemeente Zaanstad bekend zijn. Deze worden in het 2^e kwartaal 2015 verwacht. Van belang is te melden dat in het bestuur van de GGD is afgesproken dat het Algemeen Bestuur geïnformeerd wordt over het traject en de keuzes van de gemeente Zaanstad zodat de bestuursleden de eigen raden kunnen betrekken en informeren.

Het is dan ook niet mogelijk om in de voorliggende begroting inhoudelijke keuzes vanuit het visietraject en de financiële consequenties daarvan te verwerken.

4 OPBOUW VAN DE BEGROTING

De GGD kent de volgende programma's:

Programma 1	Epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering
Programma 2	Algemene gezondheidszorg
Programma 3	Maatschappelijke gezondheidszorg
Programma 4	Jeugdgezondheidszorg
Programma 5	Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio

De programmabegroting behandelt per programma de maatschappelijke effecten die worden nagestreefd en de wijze waarop deze worden verwezenlijkt (de activiteiten en de prestatie-indicatoren). Dit wordt gedaan aan de hand van drie vragen:

- Wat willen we bereiken?
- Wat doen we daarvoor?
- Wat mag het kosten?

Daarnaast kent de programmabegroting (hoofdstuk 6) een aantal (volgens de voorschriften "Besluit, begroten en verantwoorden verplichte) paragrafen. De financiële gegevens van de paragrafen maken onderdeel uit van de programma's (hoofdstuk 5), dat wil zeggen dat alle kosten vanuit de paragraaf bedrijfsvoering volledig wordt doorbelast aan de programma's.

De financiële begroting (hoofdstuk 7) is opgedeeld in het overzicht baten en lasten, het meerjarenoverzicht en het verloopoverzicht van de reserves en voorzieningen. In het overzicht van baten en lasten worden alle lasten en baten van de programmabegroting in een totaaloverzicht weergegeven.

5 PROGRAMMABEGROTING

Programma 1 Epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering

Inleiding

Dit programma is gericht op het bevorderen van de gezondheid van de inwoners van de regio. Hiertoe adviseert de GGD de gemeenten over gezondheidsrisico's en ontwikkelt en stimuleert de GGD gezondheid bevorderende programma's. De basis voor de advisering en de ontwikkeling van programma's wordt gevormd door inzicht in de lokale en regionale gezondheidssituatie.

Kader

Bij de uitvoering van dit programma is het volgende wettelijk kader van toepassing:

- Wet publieke gezondheid
- Privacy wetgeving
- Jeugd wet

Daarnaast zijn de volgende beleidsnotities van toepassing:

- Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2013-2016
- Gezondheidsmonitor Zaanstreek-Waterland 2007-2015

Tenslotte zijn bij de uitvoering van dit programma de volgende (kwaliteits)eisen van toepassing:

- Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector-normen Publieke Gezondheidszorg
- Landelijke standaarden voor lokale en nationale monitor jeugd & gezondheid
- Gebruik maken van interventies die minimaal het etiket "goed beschreven" hebben in het Loket gezond Leven.
- Kwaliteitseisen zorginstellingen

Producten

Onder dit programma vallen de volgende producten:

1.001.R	Advisering lokaal gezondheidsbeleid	Basisproduct
1.002.R	Epidemiologie	Basisproduct
1.003.R	Gezondheidsbevordering	Basisproduct

Met ingang van 2016 wordt het volgende nieuwe product toegevoegd:

1.014.R	Kwaliteit	Basisplusproduct
---------	-----------	------------------

Maatschappelijke effecten: Wat willen we bereiken?

Algemeen effect
Het direct en indirect bevorderen van de gezondheid van de inwoners van de regio.
Specifiek effect
Matiging van schadelijk alcohol gebruik bij de jeugd
Afname van overgewicht bij de jeugd
Toename van bewegingsactiviteiten bij de jeugd
Stimuleren tot een gezonde leefstijl op seksueel gebied
Stimuleren van een gezonde leefstijl in het algemeen

Effectindicatoren
100 % van de gemeenten maakt gebruik van de monitorgegevens bij het opstellen van beleidsplannen
10 geïmplementeerde gezondheid bevorderende programma's (bewegen, voeding, alcoholmatiging)
10 scholen hebben vignet Gezonde School
Uitkomsten EMOVO en Jeugd in Beeld betreffende gezond gedrag zijn jaarlijks beschikbaar

Ontwikkelingen 2016

Visieontwikkeling

In 2015 wordt gestart met de visieontwikkeling GGD. Belangrijk document die hierbij betrokken kan worden is de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 augustus 2014 aan de Tweede Kamer, over de betrouwbare en toekomstbestendige publieke gezondheid. De uitkomst van deze visieontwikkeling zijn nog niet bekend maar zal zeker gevolgen hebben voor de taken van de afdeling Epidemiologie, Beleid en Gezondheidsbevordering. Naast activiteiten gericht op de advisering, ontwikkeling en uitvoering van het lokaal volksgezondheidsbeleid, zal de afdeling zich ook meer gaan richten op de strategische ontwikkeling innovatie en dienst brede beleidsmatige ondersteuning. Inmiddels worden eerste organisatorische aanpassingen getroffen om de afdeling hierop voor te bereiden. Het kwaliteitsbeleid is inmiddels binnen de afdeling en binnen dit programma ondergebracht (voorheen was dit opgenomen in de paragraaf bedrijfsvoering).

In het licht van de recente veranderingen in het sociale domein zal dit ook kunnen leiden tot accent verschillen in de uitvoering van epidemiologische en gezondheid bevorderende taken.

Versterken van de samenwerking met gebiedsteams

Epidemiologie heeft, naast de monitor, een belangrijke functie om aan te sluiten bij de ontwikkelingen en nieuwe behoeften voor het sociaal domein. De GGD kan gemeenten ondersteunen met gegevens waarmee de effecten van de beleidsveranderingen van de drie decentralisaties gemonitord kunnen worden. Begrippen als eigen kracht en zelfredzaamheid krijgen betekenis met de epidemiologische gegevens van de GGD. Een praktische uitwerking van deze ambitie is de ontwikkeling van wijkprofielen. Voor 2016 kan dit opgenomen worden in maatwerkafspraken met de gemeenten. In 2016 zal de volwassenen / ouderenmonitor worden uitgevoerd. Deze monitoren worden volgend, dan wel vooruitlopend op de landelijke ontwikkelingen aangepast aan de bewegingen in het sociaal domein.

Gezondheidsbevordering richt zich in 2016 op een integrale aanpak ter versterking en bevordering van gezondheid en zelfredzaamheid van burgers. Een integrale aanpak betekent dat verschillende beleidsterreinen betrokken worden, zoals sportbeleid, onderwijs, ruimtelijke ordening en welzijn. Er worden nieuwe verbindingen gelegd ten behoeve van versterking van wijkgericht werken, waarbij koppeling tussen preventie, zorg en ondersteuning in de wijk essentieel is.

Gegevens

Vergelijkbare gegevens leveren een belangrijke impuls aan de professionalisering van de zorg. Het ontsluiten van gegevens en het spiegelen aan gegevens ten opzichte van de eigen regio en andere regio's levert een belangrijke bijdrage aan de advisering over en de ontwikkeling van het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Het vraagt steeds meer tijd en aandacht vanuit data-analyse en epidemiologie.

Nieuwe monitorcyclus

De notitie Gezondheidsmonitor 2007-2015 wordt in 2015 herijkt voor de komende jaren. De functies van een monitor zijn divers: signaleren, controleren, waarschuwen, overtuigen, debat genererend, evaluatie van beleid en het genereren van interventieprojecten. Een gezondheidsmonitor is daarmee een goede stimulerende kracht achter de beleidscyclus van het lokaal (volksgezondheids) beleid.

Kwaliteit

In 2016 wordt gewerkt aan een verdere professionalisering van het kwaliteitsmanagementsysteem en zorgt de GGD ervoor dat de organisatie gecertificeerd blijft. In 2015 is hiertoe een nieuw digitaal kwaliteitshandboek ingericht. Er worden prospectieve risicoanalyses uitgevoerd. Bij alle afdelingen vinden klanttevredenheidsonderzoeken plaats. En er vinden in- en externe audits plaats.

Wat doen we hiervoor?

Activiteit	Doelgroep
A Onderzoek naar de gezondheidssituatie in de regio	Inwoners
B Het verstrekken van informatie en advies over gezondheid, -beleid en interventies	Gemeenten en gebiedsteams
C Stimuleren van het gebruik van preventieprogramma	Peuterspeelzalen, kinderdagverblijven en Scholen (basis- en voortgezet) en gebiedsteams
D Uitgave van nieuwsbrieven m.b.t. leefstijlonderwerpen	Scholen (basis- en voortgezet)
E Interne ondersteuning	Alle afdelingen binnen de GGD
F Activiteiten gericht op kwaliteitsverbetering	Alle afdelingen binnen de GGD

Ad	Aantal activiteiten
A	2 onderzoeken naar de gezondheidssituatie in de regio (Emovo en Volwassenen/Ouderenmonitor) (2015: 2)
A	1 rapportage naar gezondheidssituatie in de regio (Regionale VTV) (2015:1)
B	25 te behandelen informatieverzoeken cq adviezen over gezondheid, -gezondheidsbeleid en interventies (2015: 25)
C	Op 5 verschillende thema's adviseren over het preventieaanbod (alcohol, gezond gewicht, seksualiteit, roken, psychosociale problematiek)
D	minimaal 6 nieuwsbrieven (2015:6)
F	HKZ-certificering, interne audits (minimaal 3), 95 % binnengekomen micd meldingen binnen 3 maanden afhandelen

Wat kost het?

	2015	2016	2017	2018	2019
Baten regulier	-	-	-	-	-
Lasten regulier	1.127.054	987.938	997.038	1.007.269	1.017.847
Saldo	1.127.054	987.938	997.038	1.007.269	1.017.847

Analyse 2016-2015 (na 1^e wijziging)

De lasten zijn € 139.000 lager dan in 2015. De lagere lasten komt met name voort uit een organisatorische wijziging. Er is 1,78 fte staffunctie overgeheveld van de afdeling epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering naar de jeugdgezondheidszorg (programma 4). De reden hiervoor is dat de staffuncties (stafverpleegkundige en stafarts) volledig ondersteunend zijn aan de taken die binnen de jeugdgezondheidszorg worden verricht. Anderzijds de formatie voor de beleidsfunctie ter ondersteuning van de directie (eerder onderdeel van de kosten vanuit de paragraaf bedrijfsvoering) ondergebracht bij de afdeling epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering. De keuze is gemaakt om geen beleidsondersteuning van de directie te handhaven, maar de positie van de afdeling epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering als centrale beleidsafdeling te versterken. Door de lagere loonkosten is ook de toerekening van de overhead vanuit de paragraaf bedrijfsvoering lager. De toerekening van de overhead vindt plaats naar rato van de loonkosten.

Programma 2 Algemene gezondheidszorg

Inleiding

Dit programma is gericht op het bevorderen van de gezondheid van de inwoners van de regio. Hiertoe worden de volgende taken binnen dit programma uitgevoerd: de bestrijding van infectieziekten, (waaronder tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen) en medische milieukunde. Daarnaast voert de afdeling een markttaak uit, te weten reizigersadvisering.

Kader

Bij de uitvoering van dit programma is het volgende wettelijk kader van toepassing:

- Wet publieke gezondheid
- Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
- Landelijke regeling meldingen infectieziekten
- Privacy wetgeving

Bij de uitvoering van dit programma zijn de volgende kwaliteitseisen van toepassing:

- Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector-normen voor Publieke gezondheid
- Kwaliteitsprofiel hulpverlening seksuele gezondheid
- Richtlijnen van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering en protocollen reizigersadvisering
- Kwaliteitseisen zorginstellingen

Producten

Onder dit programma vallen de volgende producten:

2.001.R	Infectieziektebestrijding	Basisproduct
2.002.R	SOA-bestrijding	Basisproduct
2.003.R	TBC-bestrijding	Basisproduct
2.005.R	Inspectie huid penetrerende instellingen	Basisproduct
2.006.R	Medische milieukunde	Basisproduct

De markttaak:

2.007.M	Reizigersvaccinatie	Basisplusproduct
---------	---------------------	------------------

Maatschappelijke effecten: Wat willen we bereiken?

Algemeen effect
Het voorkomen van infectieziekten en het beperken cq voorkomen van gezondheidsrisico's/-schade voor de inwoners van de regio wanneer een infectieziekte zich voordoet of wanneer er sprake is van een milieu-incident.
Specifiek effect
- Het adequaat handelen bij uitbraak infectieziekte op verschillende schaalgrootte.
- Het terugbrengen van het aantal personen met een seksueel overdraagbare aandoening.
- Een bijdrage leveren in het kader van seksuele gezondheidszorg aan jongeren tot 25 jaar.
- Het terugbrengen van het aantal personen dat met tbc (preventie en behandeling) en hepatitis B.
- Voorkomen cq beperken van gezondheidsschade bij milieu-incidenten.
Effectindicatoren
meldingen van infectieziekten, die voldoen aan de criteria Wet Publieke gezondheid, aan de burgemeester
Aantal ontdekte SOA's

Ontwikkelingen 2016

Versterken van de samenwerking met gebiedsteams

In het kader van het wijk-/gebiedsgericht werken is het voornemen dat Medische milieukunde zich meer zal profileren naar de gebiedsteams met name voor de aanpak van problematiek en klachten in het binnenmilieu (bv schimmel, ventileren). In verband met verwijzing van SOA cliënten en verwijzing van jongeren op zoek naar voorlichting (Sense) zal er een aanbod voor deskundigheidsontwikkeling gedaan worden aan de wijkteams.

Versterken van de samenwerking met andere organisaties

Voor tuberculosebestrijding is het voornemen om een regionaal Expertise centrum Noord Holland, Flevoland en Utrecht te realiseren. Het doel is de kwaliteitsverbetering cq handhaving en bij een uitbraak menskracht flexibel te kunnen inzetten.

Ook op het gebied van infectieziektebestrijding wordt verdere samenwerking nagestreefd. Door de toegenomen aandacht voor infectieziekten (zoönosen, Qkoorts, Ebola) komt de formatie infectieziekte bestrijding onder druk te staan. Om de kwaliteit van de infectieziekten te waarborgen wordt samengewerkt met de GGD-en Hollands Noorden en Kennemerland. In 2015 vindt een onderzoek plaats naar de normen voor de aanpak algemene infectieziekten bestrijding. De eerste resultaten van dit onderzoek laten zien dat de formatie bij de GGD ZW aan de krappe kant is. Deze formatie zal nog meer onder druk komen te staan als een van de artsen in 2016 start met de opleiding en de andere arts opleider zal worden.

In 2016 dienen de uitkomsten van dit onderzoek naar de normering geëffectueerd te worden.

Op het gebied van medisch milieukunde wordt de samenwerking met de Omgevingsdienst Noordzeekanaal medisch milieukundige risico's gecontinueerd.

Erkenning als opleider Arts Maatschappij & Gezondheid

De GGD is in 2015 het traject gestart tot erkend opleidingsinstituut om een arts in opleiding te begeleiden bij de vervolgopleiding Maatschappij & Gezondheid, met specialisaties tot infectieziektebestrijding. Per januari 2016 start een basisarts met de opleiding. Hiervoor wordt subsidie ontvangen.

Wat doen we hiervoor ?

	Activiteit	Doelgroep
A	Registratie van aangifteplichtige ziekten	Individuele, organisaties en instellingen
B	Adviezen (ter voorkoming van uitbraak) infectieziekten	Individuele, organisaties en instellingen
C	Screenen en vervolgen risicocontacten hepatitis B	Inwoners regio obv risicogedrag
D	Uitvoeren van SOA-/Sense spreekuren	Inwoners regio
E	Verzorgen van voorlichting seksuele gezondheid	Jongeren tot 25 jaar
F	Uitvoeren mantouxtesten	Inwoners en Nieuwkomers
G	BCG vaccinaties	Inwoners en Nieuwkomers
H	Maken röntgenfoto's	Inwoners en Nieuwkomers
I	Bron- en contactonderzoek	Inwoners en Nieuwkomers
J	Uitvoeren van milieuonderzoeken	Gemeenten
K	Advisering m.b.t milieufactoren	Gemeenten
L	Vaccinatie en advisering van reizigers	Reizigers risicogebieden

Ad	Aantal activiteiten
A	250 meldingen (2015: 210)
B	450 adviezen (2015: 415)
C	100 opvolgingen hepatitis B (2015: 100))
D	145 spreekuren (2015: 145)
E	10 keer (2015: 10)
F	300 mantouxtesten (2015: 275)
G	280 BCG vaccinaties (2015: 280)
H	400 foto's (2015: 385)
I	200 keer bron- en contactonderzoek (2015: 180)
J	10 locatiebezoeken (2015:10)
K	90 adviezen (2015: 65)
L	6.400 vaccinaties (2015: 6.400) en 4.600 consulten (2015: 4.600)

Wat kost het?

	2015	2016	2017	2018	2019
Baten regulier	553.387-	651.923-	657.678-	663.729-	669.795-
Lasten regulier	1.476.584	1.551.927	1.556.840	1.573.294	1.589.649
Saldo	923.197	900.004	899.162	909.565	919.854

Analyse 2016-2015 (na 1^e wijziging)

De baten zijn ruim € 98.000 hoger ten opzichte van de begroting 2015. Dit heeft twee redenen:

- Er zijn inkomsten geraamd vanuit de subsidie die wordt ontvangen voor het in dienst nemen van een arts in opleiding en de begeleiding daarvan. Daar tegenover staan hogere lasten omdat er loonkosten voor de arts in opleiding worden geraamd.
- Er is rekening gehouden met de inkomsten van de zorgverzekering van € 30.000. Sinds medio 2014 is het mogelijk om onderzoeken in het kader van tbc te declareren.

De lasten zijn ruim € 78.000 hoger ten opzichte van de begroting 2015. Zoals al toegelicht bij de baten is in 2016 rekening gehouden met de personele lasten voor een arts in opleiding. Deze kosten worden volledig gecompenseerd door hogere baten. Verder is besloten (nieuw beleid) tot de aanschaf van software waardoor het voor klanten mogelijk wordt om digitaal een afspraak te plannen voor het spreekuur van soa/sense. Anderzijds zijn de lasten voor soa-onderzoeken lager geraamd dan in 2015 omdat gekozen is voor een ander laboratorium.

Programma 3 Maatschappelijke gezondheidszorg

Inleiding

Dit programma is gericht op het uitvoeren van een aantal Wet Maatschappelijke Ondersteuning taken op het terrein van de openbare gezondheidszorg en huiselijk geweld die zijn ondergebracht bij de GGD. De taken worden regionaal uitgevoerd.

Kader

Bij de uitvoering van dit programma is het volgende wettelijk kader van toepassing:

- Wet maatschappelijke ondersteuning
- Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
- Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
- Privacywetgeving

Tenslotte zijn bij de uitvoering van dit programma zijn de volgende kwaliteitseisen van toepassing:

- Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector-normen voor de Publieke Gezondheid
- Kwaliteitseisen zorginstellingen

Producten

Onder dit programma vallen de volgende producten:

3.001.R Meldpunt overlast en bemoeizorg Basisplusproduct

Maatschappelijke effecten: Wat willen we bereiken?

Algemeen effect
Het voorkomen cq beperken van overlast voor de leefomgeving voortkomend vanuit problematische individuele situaties en daarmee het vergroten van de leefbaarheid en sociale veiligheid in de buurten en wijken.
Specifiek effect
- Voorkomen en terugbrengen van (escalatie) problematische situaties in de leefomgeving.
- Verbeteren van leefomstandigheden van individuen door hen te leiden naar passende zorg.
- Verbeteren van de samenwerking tussen ketenpartners.

Ontwikkelingen 2016

Veilig Thuis

Sinds 2015 is Veilig Thuis, door de negen gemeenten, bij de GGD ondergebracht op projectmatige en maakt geen onderdeel uit van de begroting voor de gemeenschappelijke regeling. Er wordt een afzonderlijke begroting voor 2016 aan het bestuur aangeboden.

Versterken van de samenwerking met andere organisaties

Samenwerking met ander regionale veldtafels en samenwerkingsverbanden, zoals het Veiligheidshuis en de Beschermingstafel, is van groot belang in een effectieve aanpak. Afstemming met het Veiligheidshuis voor het bepalen van de in te zetten (opgeschaalde) zorg is essentieel voor Veilig Thuis. Bij alle verzoeken/meldingen bij Veilig Thuis is het van belang om via de eigen registratiesystemen na te gaan of de gemelde persoon besproken wordt in het Veiligheidshuis om te

achterhalen of er hulpverlening – en zo ja welke – betrokken is en of er al een integraal plan van aanpak is gemaakt. Dit kan mede bepalend zijn voor de in te zetten zorg, het verwijzen naar de juiste lokale teams of hulpverleningsorganisatie óf het bepalen of (nader) onderzoek nodig is.

Aan de beschermingstafel kan Veilig Thuis zelfstandig zaken inbrengen die een beschermingsonderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming rechtvaardigen. Daarnaast kan Veilig Thuis aan de Beschermingstafel actief zaken oppakken waar er vermoedens van kindermishandeling zijn. Dit nog als stap voordat het zware middel van een beschermingsonderzoek door Raad voor de Kinderbescherming wordt ingezet.

Vanaf juli 2013 wordt bij het Meldpunt Overlast en Bemoezorg de Zelfredzaamheidsmatrix geïmplementeerd. Gebiedsgerichte teams gaan ook steeds meer werken met de zelfredzaamheidsmatrix. Aan de hand van de zelfredzaamheidsmatrix kan de mate van zelfredzaamheid van cliënten in kaart worden gebracht en verschillen cq overlap in de cliëntpopulatie van de lokale teams en het Meldpunt Overlast en Bemoezorg dat bij de GGD is ondergebracht. Op basis van de zelfredzaamheidsmatrix kan op termijn bepaald worden of de cliënt een cliënt wordt van het meldpunt overlast en bemoezorg of het meldpunt bijzondere zorg of begeleid kan worden via een lokaal team.

Overige ontwikkelingen

Het aantal dak- en thuislozen neemt toe en de mogelijkheden voor opvang zijn schaars. Met name in Zaanstad wordt een tekort aan tijdelijke opvang geconstateerd door het meldpunt overlast en bemoezorg. De ontwikkeling omtrent crisiswoningen over gezinnen met kinderen stagneert. Regionale toewijzing van crisisbedden door Veilig Thuis bij een crisis met kinderen en jongeren, getroffen van relationeel geweld, ouderenmishandeling en eer gerelateerd geweld.

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

De Wet verplichte Geestelijke gezondheidszorg is een opvolger van de Wet Bijzondere Opnemings Psychiatrische Ziekenhuizen en is leidt tot een verschuiving van 'gedwongen opname als inbreuk op iemands autonomie en zelfbeschikking' naar 'ieder mens heeft recht op behandeling ook als hij dat zelf vanwege zijn ziekte niet inziet'. De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg richt zich op een gedwongen behandeling in plaats van een gedwongen opname. De mogelijkheden voor het doen van een zorgmelding verplichte behandeling worden verruimd. Naast melden bij een geneesheerdirecteur, officier van justitie voor bijzondere groepen (reeds bekende cliënten in de Geestelijke Gezondheidszorg en forensische psychiatrie en politie) kunnen anderen een melding doen bij Meldpunten openbare gezondheidszorg (Openbare geestelijke gezondheidszorg). Het streven was om de wet per januari 2015 te laten ingaan. De wet ligt echter nog bij de tweede kamer. Deze vaststelling van de wet leidt tot extra taken van het Meldpunt. Op dit moment zijn de consequenties nog niet te overzien. Wanneer er meer duidelijkheid is over deze wet zal een nader voorstel worden gedaan.

Referentiekader Openbare geestelijke gezondheidszorg

Door de transitie Wet Maatschappelijke Ondersteuning is de ondersteuning van kwetsbare mensen niet langer meer een onderdeel van het domein van de geestelijke gezondheidszorg, maar maakt het deel uit van het domein maatschappelijke ondersteuning en participatie.

Voorjaar 2015 is het rapport 'Niemand tussen wal en schip', referentiekader maatschappelijke zorg voor mensen in multi-probleem situaties verschenen. Dit referentiekader biedt een visie op en aanknopingspunten voor de inrichting van de maatschappelijke zorg en manieren van ondersteuning van kwetsbare burgers. De GGD wil graag met de gemeenten in gesprek over de betekenis van dit referentiekader.

Het Meldpunt overlast bemoezorg/bijzondere zorg ziet de complexiteit van de casuïstiek toenemen. Dit wordt veroorzaakt door verschillende ontwikkelingen, zoals de eigenbijdrage in de Geestelijke Gezondheidszorg, de afbouw van ambulante begeleiding door verschillende zorgaanbieders, toename financiële problematiek en de hoge kosten van de ziektekostenpremies.

Ook de politie constateert over de afgelopen jaren een toename van het aantal verwarde personen en bijbehorende problematiek. De verwachting is dat deze ontwikkeling zich zal voortzetten. Het is denkbaar dat de ambulantisering van de zorg en de bezuiniging die vanuit het Rijk is doorgevoerd bij de transitie van de zorg naar de gemeentes er toe kunnen leiden dat de situatie rond verwarde personen vaker de openbare orde en veiligheid in gevaar zullen brengen en meer politie-inzet nodig is (bron: Politie en 'verwarde personen' dsp-groep 2014). Deze tendens wordt ook regionaal door de politie waargenomen. De politie heeft dit besproken met de burgemeesters van de regio Waterland. Op verzoek van de burgemeesters wordt een model 'trioletafel' ontwikkeld, waarbij de politie en het meldpunt overlast en bemoeizorg wekelijks verwarde personen bespreken. In de regio Hollands Noorden wordt hier mee goede resultaten geboekt.

Verder wordt in 2015 op verzoek van Purmerend een pilot ontwikkeld voor een inloopvoorziening voor daklozen en andere doelgroepen, zoals cliënten met psychiatrische problemen, die verward zijn en/of overlast veroorzaken. Gezamenlijk met de Parnassiabavogroep (Brijder) is een pilot van 6 maanden ontwikkeld dat zo snel mogelijk wordt uitgerold in Purmerend. Tijdens deze pilot zal een structureel hulpverleningsaanbod worden ontwikkeld. In het najaar zal dit worden gepresenteerd aan het Bestuur omdat het wellicht zinvol is dit regionaal te implementeren.

Suicidepreventie

Begin 2014 presenteerde het ministerie van Volkshuisvesting Welzijn en Sport de Landelijke agenda (2014-2017) m.b.t. suicidepreventie. De afgelopen jaren is het aantal suicides gestegen. Mede daarom kiest het ministerie van VWS voor blijvende aandacht voor de preventie van suicide. In de Landelijke agenda wordt uitgegaan van een geïntegreerde brede aanpak van suicidepreventie. Deze speelt zich af in diverse domeinen. Stichting 113Online heeft een aanjagende en coördinerende rol. . GGD/GHOR NL is een van de betrokken veldpartijen.

Ook in de regio Zaanstreek-Waterland is er in toenemende mate aandacht voor suicide. Verschillende gemeenten, zoals Purmerend, Edam-Volendam, Landsmeer, Waterland en Zeevang hebben preventie van suicide in meer of mindere mate als lokaal speerpunt (onder psychische gezondheid) benoemd. De afdeling Maatschappelijke gezondheidszorg heeft samen met de afdeling epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering en de jeugdgezondheidszorg naar aanleiding van de landelijke agenda, het voorstel gedaan om actief aan de slag te gaan met het implementeren van de zgn. Gatekeepers-trainingen. Deze cursus (die de Multidisciplinaire Richtlijn t.a.v. suïcidaal gedrag volgt) is er op gericht suïcidale gedachten te herkennen en bespreekbaar te maken en via het meldpunt overlast en bemoeizorg toe te leiden naar zorg. In 2015 worden de eerste ervaringen opgedaan. Het voornemen is dit in 2016 verder te ontwikkelen en te implementeren.

Wat doen we hiervoor ?

	Activiteit	Doelgroep
A	Probleeminventarisatie n.a.v. meldingen	Inwoners
B	Bemiddelen naar hulpverlening	Inwoners
C	Samenwerking tussen ketenpartners realiseren	Ketenpartners
D	Verzorgen van voorlichting en advies	Ketenpartners/Inwoners
E	Kennis en expertisecentrum	Ketenpartners/Gemeenten
F	Deelname aan overleg 1e of 2 lijns zorgorganisaties	Ketenpartners

Ad	Aantal activiteiten
A	604 meldingen (2015: 604)
D	Afhankelijk van de vraag
F	Deelname aan Home team in Beemster, Edam-Volendam, Waterland en Zeevang
	Deelname aan het screeningsoverleg veiligheidshuis (wekelijks)
	Deelname aan het wijkagenten overleg in Zaanstad en Purmerend
	Organisatie van Overleg Overlast en Bemoeizorg met ketenpartners in Zaanstreek en Waterland. De samenwerking met de jeugd- en wijkteams wordt nog nader bekeken.

Wat kost het?

	2015	2016	2017	2018	2019
Baten regulier	40.400-	-	-	-	-
Lasten regulier	857.409	869.863	878.283	887.757	896.216
Saldo	817.009	869.863	878.283	887.757	896.216

Analyse 2016-2015 (na 1^e wijziging)

De baten zijn € 40.000 lager dan in 2015. De belangrijkste reden is dat het 2^e kansbeleid niet meer door de GGD wordt uitgevoerd. Deze werkzaamheden, het helpen van huurders met een huurachterstand om ontruiming te voorkomen, werd uitgevoerd namens de Zaanse woningcorporaties. Deze werkzaamheden zijn komen te vervallen.

Programma 3a Projectmatige werkzaamheden Maatschappelijke gezondheidszorg

Naast de reguliere activiteiten die onderdeel uitmaken van de gemeenschappelijke regeling verricht de GGD Zaanstreek-Waterland projectmatige werkzaamheden (plusproducten en projecten) met betrekking tot dit programma. Deze werkzaamheden worden uitgevoerd in opdracht van individuele gemeenten en worden afzonderlijk met de betreffende gemeente afgerekend. De werkzaamheden waarvoor subsidie voor 2016 zal worden aangevraagd zijn de volgende:

Projecten MGZ	Opdrachtgever	nummer	
Dak- en thuislozentelling	Purmerend	3.013.P	5.100
Meldpunt Bijzondere Zorg	Zaanstad+Purmerend	3.015.P	214.917
Straathoekwerk	Zaanstad	3.017.P	918.219
Straathoekwerk	Oostzaan	3.018.P	55.500
AMHK/Veilig Thuis	alle gemeenten	3.020.P	1.331.600
			2.525.336

Het budget voor de projectmatige werkzaamheden, waarbij is uitgegaan van de projectenportefeuille 2015 en de tarieven 2016, bedraagt:

	2015	2016
Baten regulier	1.380.371-	2.525.336-
Lasten regulier	1.380.371	2.525.336
Saldo	-	-

Programma 4 Jeugdgezondheidszorg

Inleiding

De Jeugdgezondheidszorg zet zich in voor het beschermen, bevorderen, en bewaken van de gezondheid, groei en ontwikkeling van de jeugdigen uit de regio Zaanstreek-Waterland (0 – 18 jaar). Dit betekent dat de Jeugdgezondheidszorg zich richt op het voorkomen, opsporen en bestrijden van afwijkingen van gezondheid, groei en ontwikkeling en van oorzaken hiervan in preventieve context. Indien dat nodig is adviseert Jeugdgezondheidszorg over adequate zorg, initieert zorg en grijpt in waar onvoldoende zorg tot stand komt.

Kader

Bij de uitvoering van dit programma is het volgende wettelijk kader van toepassing:

- Wet publieke gezondheid
- Jeugdwet
- Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst
- Wet maatschappelijke ondersteuning
- Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
- Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen
- Privacy wetgeving

Daarnaast zijn de volgende beleidsnotities van toepassing:

- Protocollen en richtlijnen Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Volkshuisvesting Welzijn en Sport
- Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg

Tenslotte zijn bij de uitvoering van dit programma de volgende kwaliteitseisen van toepassing:

- Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector-normen voor de publieke gezondheid
- Kwaliteitswet Zorginstellingen

Producten

Onder dit programma vallen de volgende producten:

4.001.R	Periodiek Geneeskundig Onderzoek basisonderwijs (4 – 12 jaar)	Basisplusproduct
4.003.R	Periodiek Geneeskundig Onderzoek Voortgezet Onderwijs (12 – 18 jaar)	Basisplusproduct
4.004.R	Gericht onderzoek	Basisplusproduct
4.005.R	Speciaal onderwijs	Basisplusproduct
4.006.R	Rijksvaccinatieprogramma	Basisplusproduct
4.009.R	Calamiteiten op school	Basisplusproduct
4.010.R	Preventieve Logopedie	Basisplusproduct
4.013.R	Zorgcoördinatie netwerken	Basisplusproduct
4.014.R	Coördinatie van Zorg/ Vinger aan de pols	Basisplusproduct
4.015.R	Telefonische begeleiding	Basisplusproduct
4.027.R	Huisbezoek tot 2 weken	Basisplusproduct
4.030.R	Consult 4 weken tot 4 jaar	Basisplusproduct
4.032.R	Inspectie kinderopvang	Basisproduct
4.034.R	Netwerken	Basisplusproduct
4.035.R	Begeleidingscontacten	Basisplusproduct
4.036.R	Pre- natale en postnatale zorg	Basisplusproduct
4.038.R	Regionale aanpak speerpunten	Basisplusproduct
4.039.R	Opvoedspreekuur en ondersteuning	Basisplusproduct
4.068.R	Inloopsprekuren en telefonische bereikbaarheid	Basisplusproduct
4.069.R	Academische werkplaats	Basisplusproduct

Maatschappelijke effecten: Wat willen we bereiken?

Algemeen effect
Het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke, psychosociale cognitieve ontwikkeling van kinderen en jongeren.

Specifiek effect
Voorkomen, opsporen en beschermen van kinderen tegen afwijkingen van gezondheid, groei en ontwikkeling
Informeren, adviseren en versterken van ouders/verzorgers in hun rol als opvoeders
Bevorderen van individuele ontwikkelingskansen van de kinderen in het kader van positieve gezondheid
Voorkomen van maatschappelijke kosten door een gezonde fysieke en psychosociale ontwikkeling te bevorderen
Adviseren vanuit digitaal dossier om zo op basis van individuele contacten op collectief niveau input te leveren voor integraal gezondheids-/jeugdbeleid.

Effectindicatoren
100 % gemeenten met een vaccinatiegraad > 95% op vaccinatieniveau conform gegevens RIVM
Neonatale screening vindt conform kwaliteitseisen plaats > 98% binnen de gestelde tijdsnormen van het RIVM en het NSDSK
100 % kinderen van 0 tot 19 jaar waarbij binnen 4 weken na melding en/of verwijzing follow-up door de Jeugdgezondheidszorg heeft plaatsgevonden in geval er vermoeden van kindermishandeling was.
75 % kinderen van VO in zorg, uit eigen werkgebied die zijn gezien op regulier contactmoment op de peildatum
100% VO scholen ontvangen op schoolniveau cijfers over hun leerlingenpopulatie op basis van de uitgevoerde contactmomenten
100 % basisvoorzieningen waarbij inspecties worden uitgevoerd
Door het CJ(G) /JGZ organiseren van info & advies d.m.v. opvoedsprekuren
Effectief consult bij 5 jarigen d.m.v. een hoog bereik logopedische screening

Ontwikkelingen 2016

De jeugdgezondheidszorg heeft een unieke positie in Nederland. De Jeugdgezondheidszorg is toegankelijk voor iedereen, heeft een onvergelijkbaar groot bereik, zeker onder jonge kinderen en hun ouders. Jeugdgezondheidszorg kijkt met een brede blik naar de gezondheid en ontwikkeling van kinderen en ze heeft daarbij oog voor zowel het individu als het collectief. De eigen kracht versterken van ouders en jeugdigen wordt belangrijker dan voorheen. Preventie en samenwerking binnen de keten krijgen nadrukkelijker een rol in het jeugddomein. Deze ontwikkelingen vragen om transformatie binnen de publieke zorg voor jeugd.

Basispakket Jeugdgezondheidszorg

Flexibilisering in de contactmomenten is toegestaan binnen een bepaalde bandbreedte. Algemene preventie blijft ook in het nieuwe basispakket een taak in het kader van de Jeugdgezondheidszorg. Geïndiceerde preventie daarentegen niet, zoals bij Video HomeTraining en VoorZorg. Deze projecten worden gefinancierd uit preventieve middelen Jeugdwet. Belangrijk is dit in samenhang te zien. Daarnaast wordt een stijgende lijn in het aantal geboortes in Zaanstreek – Waterland signaleerd. Na jaren van een stabiel getal rond de 3.150 geboortes, met een dip in 2013 van 3.050 geboortes, is zichtbaar dat er in 2014 bijna 3.200 kinderen geboren zijn.

Beleidsadvisering

Vergelijkbare gegevens over jeugdgezondheid leveren een belangrijke impuls aan de professionalisering van de zorg. GGD ZW is aangesloten op Jeugd in Beeld. Het ontsluiten van gegevens en het spiegelen aan gegevens uit andere regio's stelt de Jeugdgezondheidszorg bovendien in staat om een belangrijke bijdrage te leveren binnen het jeugddomein. Jeugdgezondheidszorg kan met behulp van rapportages vanuit Jeugd in Beeld het eigen (kwaliteits)beleid toetsen, evalueren en

door ontwikkelen. Jeugdgezondheidszorg draagt op die manier bij aan de onderbouwing van de beleidsadviezen die vanaf 2015 tot het Basispakket Jeugdgezondheidszorg behoren. Dit vraagt om tijd en aandacht van onze professionals om eenduidig te (blijven) registreren over groei en ontwikkeling in het digitaal dossier. Het handboek zal daarom in 2016 herschreven worden door de usergroep digitaal dossier. Daarnaast vraagt het tijd en aandacht vanuit data-analyse en epidemiologie (programma 1 Epidemiologie Beleid en Gezondheidsbevordering).

Versterken van de samenwerking met de gebiedsteams

In alle gemeenten zijn er lokale teams, als (sociaal) wijkteams, jeugdteams en kernteams waar inwoners terecht kunnen voor informatie, advies en ondersteuning. Middels de implementatie van de methodiek Vinger aan de Pols (voorheen zorg coördinatie) is duidelijke(re) scheidslijn te trekken tussen de verantwoordelijkheden en taken van de gebiedsgerichte teams en de rol van de Jeugdgezondheidszorg. Ook het 'herstel van het gewone leven' en daarmee de afschaling naar de Jeugdgezondheidszorg maakt dat de gebiedsgerichte teams zich kunnen richten op hun kerntaken en ook de mogelijkheid hebben om Jeugdgezondheidszorg-medewerkers de casus te laten monitoren. Het nieuwe jeugdstelsel is erop gericht, de samenwerking rond gezinnen te verbeteren. Iedereen kan naar vermogen meedoen. De professional 'nieuwe stijl' van de Jeugdgezondheidszorg ondersteunt het werken aan het succes van de transformatie en de samenwerking die daarbij hoort. Binnen de GGD hebben we hiervoor aandacht in onze scholingen/ deskundigheidsbevordering.

Jeugdhulp

In 2016 zijn gemeenten reeds een jaar verantwoordelijk voor de jeugdhulp. Transformatie van werken krijgt zijn beslag. Van belang is de preventie (Jeugdgezondheidszorg) en jeugdhulp in samenwerking danwel geïntegreerd vorm te geven. Dit in afstemming met gemeenten en ketenpartners. De verwijzingslijnen en nog belangrijker de samenwerking en terugkoppeling in het medisch domein zal steeds concretere vormen aannemen, waarbij digitale gegevensuitwisseling een grotere rol gaat spelen. Het Landelijk Schakelpunt zal hierin een toenemende rol gaan spelen.

Landelijk Schakelpunt

Het Landelijk Schakelpunt zorgt voor snelle en betrouwbare elektronische uitwisseling van medische gegevens. Als een kind verhuist naar een andere regio of naar school gaat in een andere regio, wordt zijn zorgdossier overgedragen aan een andere Jeugdgezondheidszorg-organisatie. Hiervoor vraagt de Jeugdgezondheidszorg toestemming aan de ouders en/of het kind zelf. Deze overdracht gaat in 2016 lopen via de beveiligde verbinding van het Landelijk Schakelpunt. Dit is veiliger en efficiënter, omdat hierdoor geen vertrouwelijke dossiers meer per post of e-mail worden verzonden. Ouders en kinderen kunnen via het inzage-overzicht op deze website zien wanneer het dossier is overdragen en van welke Jeugdgezondheidszorg-organisatie naar welke Jeugdgezondheidszorg-organisatie.

Centra (Jong) voor Jeugd en Gezin

De Jeugdgezondheidszorg, in samenhang met Centra (Jong) voor Jeugd en Gezin, is de plaats vanwaar informatie en advies wordt geboden, waar collectieve actie en collectieve preventie wordt ingezet en waar jeugdigen/ouders terecht kunnen voor informatie en lichte vormen van ondersteuning. Het is onderdeel van het 'normale leven' en de noemer waaronder de pedagogische aandacht vanuit de gehele gemeente centraal kan staan, het is een merk dat opkomt voor eigen kracht, de '*pedagogisch civil society*' en de eigen mogelijkheden van ouders. De geboden jeugdhulp wordt bekostigd onder een andere wet (jeugdwet), maar staat niet los van de Jeugdgezondheidszorg (wet Publieke gezondheid).

Partners, inclusief onderwijs, eerste lijns- en voorschoolse voorzieningen, zijn al betrokken bij het Centra (Jong) voor Jeugd en Gezin en vormen daar reeds een samenhangend netwerk. De Jeugdgezondheidszorg is binnen de Centra (Jong) voor Jeugd en Gezin een zeer belangrijke signaleerder van knelpunten en heeft een grote mate van kennis inzake de normale ontwikkeling van kinderen en de mogelijke afwijkingen hierin. Dit maakt het ook in 2016 evident om te blijven inzetten op versterking van het voorveld en preventie. Juist de versterking van deze doorgaande lijn tussen het voorveld, waaronder de Jeugdgezondheidszorg en de zorg- en hulpverlening zal maken dat de doelstellingen van decentralisatie Jeugdhulp mede gerealiseerd kunnen worden.

Vernieuwende Jeugdgezondheidszorg

In 2014 zijn door middel van het traject flexibilisering Jeugdgezondheidszorg de eerste voorzichtige stappen gezet door een andere manier van werken te implementeren in de periode 6 t/m 14 maanden, triage en het gebruik van individuele gezondheidsboodschappen op het Voortgezet Onderwijs in te zetten en intern de medewerkers te betrekken middels het bespreken van ideeën en mogelijkheden in teams. Echter, moderniseren is een proces. In 2016 worden stappen gezet in het vaststellen van de diverse zorgpaden Jeugdgezondheidszorg. Het differentiëren in zorgbehoefte dwingt ons om anders te kijken naar de huidige dienstverlening, de structuur en uitvoering van onder andere de contactmomenten 0 – 18. Klanttevredenheid- en behoeftenonderzoeken maken hier deel van uit. In 2016 zal dit zijn weerslag vinden in een andere manier van werken, waarbij er een diversiteit in zorgpaden zal zijn, aangevuld met andersoortig contact via sociale media (zoals bijvoorbeeld E-consulten) en verdergaand gebruik van gevalideerde vragenlijsten als leidraad voor het gesprek en/of triage. Nog steeds wordt uitgegaan van:

- Aansluiting van het Jeugdgezondheidszorg aanbod vanuit het basispakket bij behoeften: kinderen die minder zorg nodig hebben krijgen andere zorg, kinderen die meer zorg hebben krijgen meer;
- Verbeteren van kwaliteit en diversiteit van Jeugdgezondheidszorg voor hetzelfde geld;
- Betere afstemming van taken tussen en samenwerking met Centra (Jong) voor Jeugd en Gezin partners;
- Versterken van het Jeugdgezondheidszorg fundament in preventieve jeugdzorg en het Centra (Jong) voor Jeugd en Gezin;
- Ouders en kind de regisseur maken over de zorg, waardoor de vraag en het aanbod beter op elkaar afgestemd is;

Clientparticipatie

Kinderen, jongeren en ouders spelen een belangrijke rol bij het proces van gezamenlijke besluitvorming. We spreken van Shared Decision Making (SDM), gezamenlijke besluitvorming wanneer kind/jongere, ouders en Jeugdgezondheidszorg-professional gezamenlijk (gezondheids)doelen stellen die aansluiten bij de motivatie van het kind/de jongere en ouder(s) en gezamenlijke keuzes maken over de wijze waarop die doelen bereikt kunnen worden. De Jeugdgezondheidszorg biedt dichtbij en vertrouwde steun, waarbij de ouder zelf aangeeft en regie heeft. Lokaal werken integrale professionals, die op alle levensterreinen kunnen signaleren en steunen. De Jeugdgezondheidszorg maakt hier deel van uit. En liefst zijn ouders ook de eigenaren van hun eigen dossier. Hier wordt mee geëxperimenteerd in het ouderportaal. Waar ouders zelf inzage hebben in een deel van hun dossier, waar men vragenlijsten kan invullen en waar men zelf afspraken kan maken met de Jeugdgezondheidszorg.

Middels het ouderportaal, het gebruik van digitale gezondheidsvragenlijsten, gebruik van gericht voorlichtingsmateriaal én het digitaal afspraken kunnen maken zetten we als Jeugdgezondheidszorg de komende jaren flinke stappen in deze digitale wereld. De totale kosten van deze modules in het digitaal dossier leiden tot structureel jaarlijkse licentiekosten van € 44.000. Voor 2016 en volgende jaren worden de kosten gedekt uit de vermindering van de formatie op de planning en administratie met 0,5 fte (€ 22.000) en het verlagen van het budget voor de inzet van externen met € 22.000. Dit is in de begroting 2016 verwerkt. Er is geen sprake van frictiekosten in verband met het terugdringen van de formatie.

Inspectie Kinderopvang

In 2015 wordt in één gemeente (Zaanstad) een aantal peuterspeelzalen omgezet in kinderdagverblijven, voor 2016 leidt dit tot een hogere aantal kinderdagverblijven en het lagere aantal peuterspeelzalen. Daarnaast verwachten we nog een klein aantal sluitingen van Buitenschoolse Opvang locaties in de loop van 2015, aangezien een aantal houders in 2013 een groot aantal nieuwe locaties hebben geopend, en deze in de loop van 2014 nog inactief bleken te zijn. De gemeente wil hier in 2015 verdere stappen in ondernemen, omdat het niet de bedoeling is dat inactieve locaties in het Landelijk Register Kinderopvang en Peuterspeelzalen geregistreerd blijven. Ten aanzien van het aantal nieuwe gastouders volgen we de lijn van 2015, waarmee wordt aangesloten bij het hoge aantal nieuwe registraties dat de afgelopen jaren onverminderd is gebleken.

Wat doen we hiervoor?

	Activiteit	Doelgroep
A	Hielprik en gehoorscreening bij pasgeboren kinderen	Pasgeborenen
B	Begeleidingscontacten/huisbezoeken	Kind en ouders
C	Periodiek onderzoek naar gezondheid en ontwikkeling	Kind en ouders
D	Het houden van (inloop)sprekuren	Kind en ouders
E	Coördinatie van zorg/ vinger aan de polszorg	Kind en ouders
F	Rijksvaccinatieprogramma	Kind
G	Preventief screenen op stem/spraak en taalontwikkeling	Kind en ouders
H	Toelatings- en herhalingsonderzoek speciaal onderwijs	Kind en ouders
I	Voorlichting en advies in het algemeen	Kind, ouder en school
J	Pre- en Postnatale cursussen	Ouder en kind
K	Opvoedondersteuning	Kind en ouders
L	VTO-vroeghulp	Kind en ouders
M	Inspecties kinderopvanglocaties	Kind en ouders

	Aantal activiteiten
A	95% bereik gehoortest (2015: 90%) 80% bereik hielprik (2015: 75%)
B	100 % huisbezoeken pasgeborenen (2015: 100%) 1100 begeleidingscontacten via huisbezoek (2015: 1.300)
C	Opkomst van 95 % regulier consulten 0-4 jaar (2015: 95%) 8,5% indicatieve consulten op basis van het totaal aantal consulten 0-18 jaar (2015: 8,5%) Opkomst van 75% reguliere consulten 4-12 jaar (2015: 77%) Opkomst van 80% reguliere consulten 12-18 jaar (2015:70%)
D	5000 telefonische contactmomenten 0 – 18 jaar (2015: -) 7500 vragen van ouders beantwoorden (2015: 4.000)
E	aantal geregistreerde vermoedens van kindermishandeling/ aantal meldingen en adviesaanvragen bij Veilig Thuis
F	90-95% % bereik met vaccinatie (2014: 90-95%) 95% opkomst bij 9-jarigen vaccinatie (2014: 95%) 60 % opkomst bij HPV-vaccinatie (2014: 60%)
G	95 % opkomst bij de screening 5-jarigen (2015: 95%) 1200 indicatief consult logopedie uitgevoerd (2015: 1.200)
H	250 plaatsing- en herhalingsonderzoeken speciaal onderwijs (2015: 500)
I	125 uitgeleende lesmaterialen (2015: 250) Houden van klanttevredenheidsonderzoeken en betrekken van kind/jonger en ouder(s) bij de modernisering
J	25 % deelname van het aantal zwangeren (afgezet tegen jaarcohort) (2015: 25%)
K	1300 gesprekken met ouders (2015: 1.200)
L	60 VTO/vroeghulpvragen afgehandeld (2015: 60) 100 % bezochte kinderopvanglocaties (aantal kinderdagverblijven 122 (2015:112), buitenschoolse opvang 110 (2015:114), gastouderbureaus 8 (2015: 8) en peuterspeelzalen 35 (2015: 46).
M	Inspectie 60 nieuwe gastouders (2015: 60) en 30 (= 5%) gastouders (2015: 30) Voorinspecties nieuwe locaties; 10 Kinderopvanglocaties (2015: 10) en 3-maandeninspecties na voorinspectie, verhuizing of houderwijziging; 20. Inspectie internaat; 1. Werkzaamheden voortvloeiend uit Continue Screening; 10 uur

Wat kost het?

	2015	2016	2017	2018	2019
Baten regulier	1.356.887-	1.235.674-	1.247.820-	1.260.547-	1.273.509-
Lasten regulier	8.304.434	8.415.313	8.498.456	8.592.477	8.689.170
Saldo	6.947.547	7.179.639	7.250.637	7.331.930	7.415.661

Analyse 2016-2015 (na 1^e wijziging)

De baten zijn € 121.000 lager dan begroot in 2015. Dit heeft een aantal redenen:

- De inkomsten vanuit het rijksvaccinatieprogramma zijn naar beneden bijgesteld. Het RIVM brengt vaccinverlies in rekening. Hiermee is op begrotingsbasis nu rekening gehouden wat eerder niet gebeurde.
- De subsidie-inkomsten voor het in dienst hebben en begeleiden van artsen in opleiding zijn naar beneden bijgesteld. Er is minder instroom dan in eerdere jaren. Anderzijds leidt dit ook tot lagere personele lasten.
- De inkomsten uit inzet van personeel bij derden is naar beneden bijgesteld. Er vindt minder uitleen van personeel plaats vanuit de GGD aan andere organisaties dan voorgaande jaren.

De lasten zijn ruim € 110.000 hoger dan begroot in 2015. Er is formatie (1,78 fte) overgeheveld vanuit programma 1 (epidemiologie, gezondheidsbevordering en beleid) naar dit programma. Omdat de toerekening van de overhead plaatsvindt naar rato van de loonkosten, is ook de overhead op dit programma hoger dan in 2015.

Programma 4a Projectmatige werkzaamheden Jeugdgezondheidszorg

Naast de reguliere activiteiten die onderdeel uitmaken van de gemeenschappelijke regeling verricht de GGD Zaanstreek-Waterland projectmatige werkzaamheden (plusproducten en projecten) met betrekking tot dit programma. Deze werkzaamheden worden uitgevoerd in opdracht van individuele gemeenten en worden afzonderlijk met de betreffende gemeente afgerekend. De werkzaamheden waarvoor subsidie voor 2016 zal worden aangevraagd zijn de volgende:

Projecten JGZ	Opdrachtgever	nummer	
PGO	Zaanstad	4.002.P	9.900
PGO	Purmerend	4.002.P	8.393
VHT	Zaanstad	4.040.P	30.875
VHT	Purmerend	4.040.P	12.420
Centra Jong	Zaanstad	4.041.P	398.917
Opvoedingsondersteuning	Zaanstad	4.042.P	529.523
Opvoedingsondersteuning	Purmerend	4.042.P	20.000
Opvoedingsondersteuning	Edam-Volendam	4.042.P	29.250
Opvoedingsondersteuning	Waterland	4.042.P	15.750
Groot Zorg team	Zaanstad	4.043.P	119.470
Spreekuur en voorl. Logopedie	Zaanstad	4.045.P	44.148
Spreekuur en voorl. Logopedie	Purmerend	4.045.P	14.128
Spreekuur en voorl. Logopedie	Waterland	4.045.P	2.077
Spreekuur en voorl. Logopedie	Edam-Volendam	4.045.P	5.000
Logopedische screening	Zaanstad	4.045.P	3.024
VE Intermediair en Toeleiding VE	Zaanstad	4.046.P	28.320
VoorZorg	Zaanstad	4.047.P	147.321
VoorZorg	Purmerend	4.047.P	52.602
VoorZorg	Beemster	4.047.P	3.450
VoorZorg (t/m juni)	Edam-Volendam	4.047.P	2.613
Overgewicht individueel	Zaanstad	4.048.P	2.652
Inzet CJG inclusief WE	Edam-Volendam	4.049.P	88.000
Inzet CJG	Purmerend	4.050.P	96.292
Inzet CJG	Wormerland	4.051.P	83.449
Inzet CJG	Oostzaan	4.052.P	59.438
Inzet CJG	Beemster	4.053.P	66.975
Jeugdteam Weerpad	Zaanstad	4.057.P	416.035
Taalvaardigheids-check	Zaanstad	4.058.P	20.034
Zaanse Taalacademie	Zaanstad	4.059.P	72.000
Taal en VE	Zaanstad	4.061.P	37.591
Peuter IB-ers	Zaanstad	4.063.P	144.000
Jeugdteam Noorderhoofdstraat	Zaanstad	4.064.P	617.647
Inzet GGD in andere Jeugdteams	Zaanstad	4.066.P	147.166
Inzet Kernteam	Landsmeer		10.800
			3.339.260

Het budget voor de projectmatige werkzaamheden, waarbij is uitgegaan van de projectenportefeuille 2015 en de tarieven 2016, bedraagt:

	2015	2016
Baten regulier	2.091.869-	3.339.260-
Lasten regulier	2.091.869	3.339.260
Saldo	-	-

Programma 5 Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio

Inleiding

Dit programma is gericht om de coördinatie bij rampen en crisissen met het doel de psychosociale schade bij calamiteiten bij de inwoners te beperken.

Kader

Bij de uitvoering van dit programma is het volgende wettelijk kader van toepassing:

- Wet publieke gezondheid
- Wet veiligheidsregio's

Daarnaast zijn de volgende beleidsnotities van toepassing:

- Bestuurlijk convenant samenwerking GHOR 2011
- Convenant Publieke Gezondheid 2012

Tenslotte zijn bij de uitvoering van dit programma zijn de volgende kwaliteitseisen van toepassing:

- Kwaliteitseisen in het kader van het besluit personeel veiligheidsregio's

Producten

Onder dit programma valt het volgende product:

5.001.R Geneeskundige hulpverlening in de regio Basisproduct

Maatschappelijke effecten: Wat willen we bereiken?

Algemeen effect
Het voorkomen cq beperken van zowel fysieke gezondheidsschade als psychosociale klachten bij inwoners ten aanzien van ramp/crises.
Specifiek effect
- Verminderen en zo mogelijk opheffen van de negatieve effecten die ontstaan als gevolg van dreiging en/of uitbraak van pandemieën op het gebied van infectieziekten en bio terrorisme. - Het zoveel mogelijk beperken van de psychosociale gevolgen voor getroffen en van ongevallen en Rampen

Ontwikkelingen 2016

De Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de Regio gaat uit van zelfredzaamheid van burgers, zorginstellingen, organisaties en bedrijven.

De Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de Regio is hierop aanvullend: pas als de zelfredzaamheid onvoldoende is of dreigt te worden, heeft de Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de Regio een rol. Daarbij wordt aangesloten op de reguliere zorg en processen, coördinerend en regie voerend.

Om goed aan te kunnen sluiten op de reguliere zorg, is de Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de Regio een netwerkorganisatie, gericht op samenwerking met de partners in de witte kolom (acute zorg en publieke gezondheidszorg).

Veiligheid wordt bevorderd door preventie, advisering, planvorming en risicocommunicatie. Dit vindt plaats in multidisciplinair verband. Er wordt dan ook nauw samengewerkt met de partners in de crisisstructuur: brandweer, politie en gemeente. De Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de Regio vormt daarbij het scharnierpunt tussen de zorg en de overheid (Bestuur), bij rampen en crisis.

Meegebogen wordt met de ontwikkeling dat crisisbeheersing in toenemende mate gaat om crisis, en niet meer voornamelijk om grote flitsrampen.

Daarom wordt de focus op acute zorg verbreed naar publieke gezondheidszorg, zorgcontinuïteit en sociale veiligheid.

Voor dit programma kunnen de volgende ontwikkelingen worden gemeld:

- Het convenant publieke gezondheid dat de Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de Regio/Veiligheidsregio ZW met de GGD heeft afgesloten vormt de basis voor uitvoering van de processen waarvoor de GGD in dit verband verantwoordelijk voor is te weten grootschalige infectieziekte-uitbraak, psychosociale hulpverlening, medische milieukunde en gezondheidsonderzoek na rampen. Dit convenant wordt ook periodiek geëvalueerd.
- Zoals hiervoor is opgemerkt is een trend waarneembaar waarbij crisis steeds vaker een meer maatschappelijk effect en psychosociale gevolgen hebben, als zedenzaken, aandacht voor lone wolfs, verstoring openbare orde en paniek in menigten. De bijdragen uit de stimuleringsregeling om de voorbereiding op crisis en rampen mogelijk te maken neemt in 2016 nog verder af. De GGD is verantwoordelijk voor het hebben en het uitvoeren van een GGD rampenopvangplan. Om deze taak adequaat ter hand te nemen is formatie-uitbreiding noodzakelijk. Hiervoor wordt een apart voorstel ter behandeling in het bestuur opgesteld.
- Tussen Veiligheidsregio ZW en GGD zijn afspraken gemaakt over de Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de Regio bijdrage vanuit de GGD (beleidsmatige ondersteuning DPG). Deze afspraken worden periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.
- Deelname aan het project "geneeskundig gedeeld beeld": het ontwikkelen van een visie/proces voor informatiemanagement binnen de witte kolom samen met de traumacentra, ziekenhuizen, ambulancedienst en overige ketenpartners tijdens een ramp/crisis.
- De opschaling van de meldkamers in het kader van de landelijke meldkamer organisatie en de uiteindelijke positie daarin van de meldkamer ambulancezorg, die nu door de gemeenschappelijke meldkamer Amsterdam-Amstelland voor Zaanstreek-Waterland wordt uitgevoerd. Zoals het er nu naar uitziet gaat de meldkamer ambulancezorg straks integraal deel uitmaken van de gemeenschappelijke meldkamer Noord-Holland, gevestigd in Haarlem.

Wat doen we hiervoor?

	Activiteit	Doelgroep
A	Afstemmingsoverleg Veil.regio/GGD met Ghor-bureau	Directie
B	Bijeenkomsten regiegroep Acute Zorg	MKA, Ambulancedienst, ziekenhuizen
C	Opleiding, trainen en oefenen	Medewerkers, Ketenpartners
D	24 uren beschikbaarheid DPG, leider kernteam en HIN/HON	Medewerkers, Ketenpartners

Ad	Aantal activiteiten
A	2x overleg Samenwerkingsstructuur DPG (2015:2)
A	8x overleg samenwerkingsstructuur GHOR bureau- GGD (2015: 8)
A	8x advisering bestuur over beleid GHOR (2015: 8)
B	2x deelname regiegroep Acute Zorg (2015: 2)
C	4x training COPI (2015: 4), 4x training ROT (2015: 3), 4x training GBT (2015: 3)
C	2x themabijeenkomst COPI (2015: 2), 2x themabijeenkomst ROT (2015: 2), 2x themabijeenkomst GBT (2015: 2)
C	1x operationele oefening SAIL 2015 interregionaal (2015: -)
D	Betrokkenheid incidenten RGF (GRIP 1 of >) (2015: 8)

Wat kost het?

	2015	2016	2017	2018	2019
Baten regulier	253.102-	245.120-	247.550-	250.155-	252.822-
Lasten regulier	253.102	288.822	291.681	294.770	297.938
Saldo	-	43.701	44.131	44.615	45.117

Analyse 2016-2015 (na 1^e wijziging)

De lasten zijn hoger dan begroot in 2015. Besloten is om de formatie (met 0,4 fte) uit te breiden om de taken in de GGD heeft in het kader van het rampenopvang plan goed te borgen (nieuw beleid). Hiervoor is een bedrag van € 35.000 geraamd, verhoogd met overhead bedraagt dit € 43.701. De overige lasten worden volledig gedekt door de ontvangen baten van de GGD Amsterdam-Amstelland en de Veiligheidsregio Zaanstreek-Waterland.

Algemene dekkingsmiddelen

De algemene dekkingsmiddelen van de GGD Zaanstreek-Waterland bestaan uit de gemeentelijke bijdragen van de negen gemeenten uit de regio Zaanstreek Waterland.

Ten aanzien van de berekening van de bijdrage per gemeente is het van belang rekening te houden met het volgende:

- De inwonersaantallen zijn de definitieve inwonerscijfers per 1 januari 2014 (t-1) afkomstig van het CBS (de inwonersaantallen per 1 januari 2015 zijn bij het CBS op het moment van opstellen van de begroting (april 2015) niet beschikbaar).
- De bijdrage voor de Jeugdgezondheidszorg wordt naar rato van het inwonersaantal 0-19 verdeeld.
- De kosten voor het meldpunt overlast en bemoeizorg (programma 3, maatschappelijke gezondheidszorg) wordt berekend naar rato van de afname in 2013 en totaal 604 meldingen.
- De bijdrage voor alle programma's met uitzondering van de jeugdgezondheidszorg en het meldpunt bemoeizorg en overlast wordt naar rato van het inwonersaantal verdeeld.

De gemeentelijke bijdrage voor 2016 en in het meerjarenperspectief is als volgt:

	1e wijziging 2015	2016	2017	2018	2019
Beemster	259.622	263.622	265.942	268.901	271.916
Edam Volendam	886.620	901.199	909.181	919.301	929.630
Landsmeer	296.112	300.417	303.052	306.424	309.862
Oostzaan	268.248	272.454	274.854	277.911	281.025
Purmerend	2.349.922	2.389.079	2.410.122	2.436.894	2.464.044
Waterland	471.359	477.667	481.841	487.203	492.683
Wormerland	453.323	460.163	464.205	469.368	474.629
Zaanstad	4.644.908	4.729.008	4.770.867	4.823.845	4.877.471
Zeevang	184.694	187.535	189.185	191.290	193.435
Totaal	9.814.808	9.981.145	10.069.251	10.181.137	10.294.694

In **het meerjarenperspectief 2016-2019** is de bijdrage aan de gemeenschappelijke regeling voor de individuele gemeente als volgt. Ter vergelijking is de bijdrage voor 2015, na 1^e begrotingswijziging, opgenomen.

	Inwoners 01-01-2014 definitief	Prog 1 EBG	Prog 2 AGZ	Aantal meldingen obv 2013	Prog 3 meldpunt	Totaal functie 714
Beemster	8.910	26.932	24.535	10	14.402	65.869
Edam Volendam	28.920	87.417	79.636	28	40.325	207.377
Landsmeer	10.444	31.569	28.759	10	14.402	74.730
Oostzaan	9.139	27.625	25.166	11	15.842	68.632
Purmerend	79.576	240.535	219.125	154	221.786	681.447
Waterland	17.134	51.791	47.181	11	15.842	114.814
Wormerland	15.777	47.689	43.445	18	25.923	117.057
Zaanstad	150.598	455.213	414.696	355	511.261	1.381.170
Zeevang	6.341	19.167	17.461	7	10.081	46.709
Totaal	326.839	987.938	900.004	604	869.863	2.757.804

	Transport	Inw 0-19 01-01-2014 definitief	JGZ 0-19 functie 715	Inwoners 01-01-2014 definitief	GHOR functie 120	Totaal GGD
Beemster	65.869	2.053	196.557	8.910	1.191	263.617
Edam Volendam	207.377	7.203	689.624	28.920	3.867	900.869
Landsmeer	74.730	2.343	224.322	10.444	1.396	300.448
Oostzaan	68.632	2.116	202.589	9.139	1.222	272.443
Purmerend	681.447	17.728	1.697.301	79.576	10.640	2.389.388
Waterland	114.814	3.767	360.657	17.134	2.291	477.763
Wormerland	117.057	3.562	341.030	15.777	2.110	460.197
Zaanstad	1.381.170	34.756	3.327.584	150.598	20.136	4.728.890
Zeevang	46.709	1.462	139.974	6.341	848	187.531
Totaal	2.757.804	74.990	7.179.639	326.839	43.701	9.981.145

6 PARAGRAFEN

6.1 Inleiding

In de begroting is een aantal paragrafen opgenomen, die naast de financiële begroting, inzicht verschaffen in de financiële positie van de GGD Zaanstreek-Waterland. Het zijn ook paragrafen die verplicht zijn op grond van de financiële voorschriften (het besluit "begroten en verantwoorden"). Dit zijn de volgende paragrafen:

- Weerstandsvermogen
- Verbonden partijen
- Bedrijfsvoering
- Financiering
- Onderhoud kapitaalgoederen

Daarnaast zijn de paragrafen 'grondbeleid' en 'overzicht lokale lasten', volgens de financiële voorschriften (BBV), voorgeschreven paragrafen. Deze zijn echter niet van toepassing op de GGD.

6.2 Weerstandsvermogen

Inleiding

Deze paragraaf gaat in op de vraag of en hoe de GGD Zaanstreek-Waterland in staat is haar financiële risico's op te vangen zonder dat dit direct dwingt tot bezuinigingen of wijziging van beleid.

Hiervoor is inzicht nodig in:

- de omvang van de aanwezige risico's,
- de weerstandscapaciteit: de mogelijkheden om de risico's af te dekken (weerstandscapaciteit).

De aanwezige risico's

In de risico-inventarisatie zijn risico's opgenomen, die niet kwantificeerbaar zijn en waarvoor geen voorzieningen of bestemmingsreserves zijn gevormd. Onder deze risico's wordt het type risico's verstaan dat voortvloeit uit eigen beleid, het doen of nalaten van derden of beleid van andere overheden. De inventarisatie vindt tweemaal per jaar plaats, namelijk bij de begroting en bij de jaarrekening. De GGD kent risico's die te maken hebben met de personele kosten.

Eigen risicodrager WW-verplichting

De GGD is eigen risicodrager voor uitkeringen uit de werkloosheidswet (WW). Dat betekent dat bij ontslag of einde dienstverband (bij tijdelijke aanstellingen) de eventueel uit te betalen WW-uitkering verhaald wordt op de GGD.

Omvang van de projectenportefeuille

Vanuit de projecten wordt een deel van de overhead in de gemeenschappelijke bekostigd, deze bedraagt € 650.000 (begroting 2016). In deze begroting is geen rekening gehouden met een eventuele korting op de projecten. Hierover is geen duidelijkheid voor 2016. Mocht de projectenportefeuille worden verkleind dan komt de bijdrage vanuit de projecten in de overhead van de gemeenschappelijke regeling in gevaar.

Calamiteiten binnen het taakveld van de GGD:

Als zich in de regio calamiteiten voordoen, die een bedreiging vormen voor de volksgezondheid (bijvoorbeeld uitbraak infectieziekte) of in het kader van de rampenbestrijding inzet vragen van de GGD, zullen hieruit kosten voortvloeien. Met deze kosten is in de begroting geen rekening gehouden.

De beschikbare weerstandscapaciteit

De weerstandscapaciteit bestaat uit alle middelen en mogelijkheden, waarover de GGD ZW beschikt om financiële tegenvallers te kunnen dekken. Er is daarom een relatie tussen het beleid over reserves en voorzieningen in het algemeen en over het weerstandsvermogen in het bijzonder.

De incidentele weerstandscapaciteit bestaat uit de algemene reserve wettelijke taken en de algemene reserve markttaken:

- De algemene reserve wettelijke taken kent ultimo 2014 (onder voorbehoud van vaststelling jaarrekening 2014 (gepland op 3 juli 2015)) een omvang van € 648.665.
- De algemene reserve markttaken heeft ultimo 2014 (onder voorbehoud van vaststelling jaarrekening 2014 (gepland op 3 juli 2015)) een omvang van € 74.091.

6.3 Verbonden partijen

Onder verbonden partijen worden verstaan die partijen waarmee de GGD ZW een bestuurlijke relatie heeft én waarin de GGD ZW een financieel belang heeft. Een bestuurlijk belang betekent dat de GGD ZW een zetel in het bestuur van de verbonden partij heeft of stemrecht heeft. Met financieel belang wordt bedoeld dat de GGD ZW middelen ter beschikking heeft gesteld en die zal verliezen bij faillissement van de verbonden partij en/of als financiële problemen van de partij kunnen worden verhaald op de GGD ZW.

De GGD ZW kent geen verbonden partijen, wel is er een samenwerking met/vertegenwoordiging in de veiligheidsregio Zaanstreek-Waterland.

6.4 Bedrijfsvoering

Onder bedrijfsvoering worden alle activiteiten verstaan voor de ondersteuning, het beheer, de verantwoording en de controle, die de organisatie in staat stelt om de voorgenomen programma's en prestaties zo doelmatig en doeltreffend mogelijk voort te brengen.

Deze activiteiten worden uitgevoerd binnen de afdeling bedrijfsvoering. Binnen de afdeling bedrijfsvoering zijn deze taken neergelegd bij de onderdelen financiën, personeel en organisatie (P&O), ICT, facilitaire zaken en de staf (communicatie en juridische zaken). Daarnaast is er een afdeling directie bestaande de uit de directeur, afdelingshoofden en het directiesecretariaat.

In deze paragraaf worden de kosten voor de interne organisatie verantwoord. Het is een administratieve paragraaf. Deze kosten worden door middel van een opslag op de personele lasten (naar rato van loonkosten), volledig doorbelast aan de programma's 1 t/m 5.

Wat willen we bereiken?

- Optimale condities op het gebied van management, personeel en middelen ten behoeve van het functioneren van de organisatie en de medewerker.
- Aanleveren van adequate informatie voor de besturing van de GGD ZW.
- Continueren van een gezonde financiële situatie.
- Optimaal informeren van samenleving en partners.
- Continueren Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector-certificering.

Ontwikkelingen 2016

Met betrekking tot de bedrijfsvoering kunnen de volgende ontwikkelingen worden gemeld:

Organisatorische aanpassingen

Om slagvaardig en ondersteunend te kunnen aansluiten bij de nieuwe opdracht op grond van de visie, is het noodzakelijk de vraag te stellen of de huidige structuur, inrichting en cultuur van de GGD-organisatie past. Op basis van de uitkomsten van de visie wordt de GGD-organisatie doorgelicht. De doorlichting heeft tot doel het in kaart brengen wat er goed gaat en behouden moet blijven en welke onderdelen/structuren anders georganiseerd moeten worden om toekomstbestendig te zijn.

Vooruitlopend hierop is en wordt in 2015, met het doorvoeren van organisatorische aanpassingen, reeds geanticipeerd op een toekomstbestendige GGD.

In 2015 zijn er veel wisselingen in het managementteam geweest. Deze ontwikkeling is en wordt benut om de taken in het managementteam anders te verdelen en de structuur in de managementlaag anders vorm te geven. Het voornemen is om een verdere herziening van de managementstructuur in de 2^e helft van 2015 vorm te geven. Met de voorgenomen wijziging van de managementstructuur moet invulling worden gegeven aan een toekomstbestendige GGD.

Begin 2015 is er een start gemaakt om de afdeling Epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering te versterken om structureel de aandacht voor de inhoudelijke agenda van de GGD en innovatie en ontwikkeling beter te borgen. Doelstelling is om de afdeling te versterken met een focus die in belangrijke mate extern georiënteerd is. Het voornemen is om de afdeling een centrale positie te geven als gesprekspartner van de gemeenten en ketenpartners en een sterkere adviserende rol hierbij in te nemen. Hierbij anticiperend op ontwikkelingen en trends die uit de (regionaal en landelijk uitgevoerd) gezondheidsonderzoeken en de projectmatige werkzaamheden die de GGD verricht, blijken. Het voornemen is om het accounthouderschap bij de afdeling te beleggen, waarmee de afdeling het eerste aanspreekpunt is voor gemeenten en andere partners.

De afdeling krijgt een meer prominente rol in het (door)ontwikkelen van de GGD dienstverlening en met name de samenhang in het aanbod. Zowel voor de producten en diensten in de gemeenschappelijke regeling als voor de projectmatige werkzaamheden die de GGD organisatie breed uitvoert.

Ingaande het 2^e kwartaal 2015 is, na een pilot en evaluatie, besloten om de staf behorende bij de directie op te heffen en de onderdelen communicatie en juridische zaken onder te brengen bij de afdeling bedrijfsvoering. De beleidsmedewerker die eerder de directeur ondersteunde is ondergebracht bij de afdeling epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering.

In 2015 en 2016 zullen verdere organisatiewijzigingen die voortvloeien uit het visiedocument worden vormgegeven met het doel een toekomstbestendige GGD-organisatie te realiseren.

Flexibele inzet personeel

Veranderingen volgen elkaar in snel tempo op. De samenleving wordt complexer. Het Rijk hevelt taken over naar gemeenten, tegen een lager budget. De GGD wil een slagvaardige en flexibele organisatie zijn, die goed om kan gaan met veranderingen, met de focus op het leveren van kwalitatief hoogwaardige diensten en producten. Het streven is medewerkers, binnen grenzen, flexibel te kunnen inzetten. Maatregelen vanuit de cao bieden hier steeds meer mogelijkheden toe, waarop ook eigen beleid zal worden afgestemd. Ook de overgang op generieke functieomschrijvingen is hierbij van belang. In 2015 en 2016 zal ook hier verder inhoud aan worden gegeven.

Verdere digitaliseren en ontwikkeling managementinformatie

Per 2014 is een e-hrmsysteem geïmplementeerd en een uitbreiding van het financieel systeem. In 2015 wordt dit verder ontwikkeld en dit krijgt ook in 2016 een vervolg met name gericht op het beter ontsluiten van managementinformatie en daarmee te beschikken over meer sturingsinformatie.

Automatiseringsplan

Het automatiseringsplan 2013-2018 wordt in 2016 verder tot uitvoering gebracht. In 2015/2016 staat uitvoering van de herinrichting van de (flexibele) werkplekken gepland. Ook is het voornemen, mits financieel haalbaar, tot inrichting van een virtuele telefooncentrale en de integratie van de vaste en mobiele telefonie. Gericht op kostenreductie maar vooral op verdere verbetering en modernisering van de (digitale) dienstverlening.

Medewerkerstevredenheidonderzoek

In 2016 zal er opnieuw een medewerkerstevredenheidsonderzoek worden uitgevoerd. Dit onderzoek vindt eenmaal in de 2 tot 3 jaar plaats.

Wat doen we hiervoor (activiteiten 2016)?

- Leveren van adequate management- en bestuurlijke informatie.
- Faciliteren van medewerkers op de (decentrale) locaties.
- (Verder) ontwikkelen en implementeren van beleid/activiteiten op het gebied van personeel, financiën, facilitaire zaken en ICT.
- Doorlichten/audit bedrijfsprocessen in het kader van de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector-certificering.
- Het verzorgen van diverse communicatie-uitingen naar samenleving en partners.

Wat kost het?

	2015	2016	2017	2018	2019
Baten regulier	3.136.275-	3.092.418-	3.114.393-	3.160.762-	3.206.103-
Lasten regulier	3.136.275	3.092.418	3.114.393	3.160.762	3.206.103
Saldo	-	-	-	-	-

Analyse 2016-2015 (na 1^e wijziging)

De lasten (en daarmee doorgerekende baten) zijn ruim € 43.000 lager dan begroot. De belangrijkste reden is dat de beleidsfunctie ter ondersteuning van de directie is overgeheveld naar programma 1 (epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering). De keuze is gemaakt om geen beleidsondersteuning van de directie te handhaven, maar de positie van de afdeling epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering als centrale beleidsafdeling te versterken.

6.5 Financiering

Inleiding

De financieringsfunctie ondersteunt de uitvoering van de programma's. Zij omvat de financiering van beleid maar ook het eventueel uitzetten van middelen die niet direct nodig zijn. De basis voor de financieringsfunctie is vastgelegd in de uitvoeringsregeling financiering decentrale overheden (wet Ruddo). De basis voor de financieringsfunctie van de gemeente is neergelegd en verankerd in een aantal besluiten. Enerzijds vormt de Wet financiering decentrale overheden (Wet Fido) de basis voor alle handelingen die te maken hebben met het uitzetten dan wel aantrekken van gelden en schatkistbankieren. Anderzijds wordt de wet Fido vertaald in een aantal besluiten zoals de uitvoeringregeling financiering decentrale overheid (Ufdo).

Treasurybeleid

Bovenstaande wet- en regelgeving vormt de basis van het treasurystatuut welke op 10 januari 2013 is vastgesteld. Het treasurybeleid is prudent en risicomijdend. De belangrijkste doelstellingen zijn:

- Beheersen van financiële risico's zoals renterisico, liquiditeitsrisico en kredietrisico.
- Minimaliseren van de te betalen rentekosten en bankkosten.

Rentebeleid

Voor de toerekening van rentelasten aan investeringen wordt een percentage gehanteerd, dat gebaseerd is op de (eind 2011) aangetrokken geldlening in verband met de aankoop van het pand. Het percentage voor 2015 en volgende jaren is 4%.

Liquiditeitspositie

De voornaamste inkomsten van de GGD ZW zijn de gemeentelijke bijdragen. Tweemaal per jaar worden aan gemeenten voorschotten in rekening gebracht. Deze gelden worden tijdelijk weggezet bij het Ministerie van Financiën en lopen geleidelijk af. Beschikbare middelen worden volledig ingezet als intern financieringsmiddel.

Kasgeldlimiet

De kasgeldlimiet is het maximum bedrag welke een overheidsorganisatie kortdurend (tot 1 jaar) mag aantrekken op de geldmarkt. Dit om het risico dat overheidsorganisaties lopen bij het aan trekken van kortgeld (tot 1 jaar), te beperken. De grootte van de kasgeldlimiet wordt bepaald aan de hand van een door het rijk vastgesteld percentage over het begrotingstotaal van de gemeente aan het begin van het dienstjaar. Op dit moment is dit percentage 8,2% van het totaal van de jaarbegroting.

Kasgeldlimiet begroting 2016		
1	Toegestane kasgeldlimiet:	
	- in procenten van de grondslag	8,2%
	- in bedrag	812.693
2	Omvang vlottende schuld	
	- Opgenomen gelden < 1 jaar	-
	- Schulden rekening courant	-
	- Gestorte gelden door derden < 1 jaar	-
	- Overige leningen niet zijnde vaste schuld	-
3	Vlottende middelen	
	- Contante gelden in kas	1.000
	- Tegoeden in rekening courant	252.000
	- Overige uitstaande gelden < 1 jaar	-
4	Totaal vlottende schuld	253.000-
	Toegestaan kasgeldlimiet	812.693
	Ruimte (4-1)	1.065.693

Renterisiconorm

Het doel van de renterisiconorm is dat overheidsorganisaties binnen hun leningenportefeuille geen overmatig renterisico lopen bij herfinanciering van aflopende geldleningen. Zo mag maximaal 20% van het totaal aan begrotingssaldo in één jaar worden herfinancierd. Dit percentage is bij wet vastgesteld.

Renterisiconorm en renterisico's vaste schuld		2016
1a	Renteherziening op vaste schuld o/g	-
1b	Renteherziening op vaste schuld u/g	-
2	Netto renteherziening vaste schuld	-
3a	Nieuw aangetrokken vaste schuld	-
3b	Nieuw verstrekte leningen	-
4	Netto nieuw aangestrokken vaste schuld (3a-3b)	-
5	Betaalde aflossing	116.667
6	Herfinanciering (laagste van 4 en 5)	-
7	Renterisico op vaste schuld (2+6)	-
Renterisiconorm		
8	Stand van de vaste schuld per 1-1	3.033.333
9	Het bij ministeriële regeling vastgesteld percentage	20%
10	Renterisiconorm (8*9)	606.667
Toets renterisiconorm		
10	Renterisiconorm	606.667
7	Renterisico op vaste schuld	-
11	Ruimte (+) / Overschrijding (-) (10/7)	606.667

Liquiditeitsplanning en financieringsbehoefte

Zoals eerder beschreven de voornaamste inkomstenbron van de GGD ZW de gemeentelijke bijdrage. Deze middelen worden volledig ingezet als intern financieringsmiddel. De verwachting is dat deze beschikbare middelen voldoende zullen zijn om in de liquiditeitsbehoefte van de GGD ZW te voorzien.

De investeringen in kapitaalgoederen zijn niet direct lasten en afschrijvingen op de kapitaalgoederen zijn geen uitgaven. Dit betekent dat de investeringen in kapitaalgoederen voorgefinancierd worden door de GGD ZW wat op zich weer kan leiden tot een negatief liquiditeitseffect. De verwachting is echter dat de voorgenomen investeringen gelijk aan of lager zullen zijn dan de begrote afschrijvingslasten. Dit heeft geen of een positief resultaat op de liquide positie.

De aflossing op de lening aangetrokken ten behoeve van de aankoop van het pand heeft echter wel een negatief effect op de liquide positie. De verwachting is echter dit niet zal leiden tot het aantrekken van vreemd kapitaal doch de liquide positie van de GGD ZW in gevaar brengt

	2016	2017	2018	2019
Saldi				
Kassen	1.000	1.000	1.000	1.000
ING	2.000	2.000	2.000	2.000
BNG	250.000	175.000	100.000	25.000
Rekening MinFin	-	-	-	-
	253.000	178.000	103.000	28.000

Rentekosten en renteopbrengsten uit de financieringsbehoefte

Ten behoeve van de aankoop van het pand aan het Vurehout is in 2011 een lening aangetrokken van € 3.500.000 tegen een rentepercentage van 3,91% en met een looptijd van 30 jaar. Omdat er verder geen vreemd kapitaal zal worden aangetrokken, zijn dit de enige begrote rentelasten.

De renteopbrengsten verbonden aan de financieringspositie zullen nagenoeg nihil zijn. De GGD ZW heeft geen langlopende uitzettingen. De uitzettingen zijn over het algemeen van korte duur en zullen geen renteopbrengsten genereren.

In onderstaande tabel worden de rentekosten en opbrengsten verbonden aan de financieringsfunctie weergegeven.

	2016	2017	2018	2019
Rentelasten	115.951	111.389	106.827	102.266
Rentebaten	-	-	-	-
Totaal	115.951	111.389	106.827	102.266

6.6 Onderhoud kapitaalgoederen

De hoofdlocatie van de GGD is eigendom. Ten behoeve van het onderhoud wordt jaarlijks, conform bestuursbesluit op 7 juli 2011, een toevoeging aan de reserve groot onderhoud gedaan voor een bedrag van € 50.000. Een meerjarenonderhoudsplan is opgesteld en wordt jaarlijks op onderdelen uitvoering aan gegeven. Een voorstel tot onttrekking aan de reserve wordt jaarlijks aan het algemeen bestuur voorgelegd.

7 FINANCIËLE BEGROTING

7.1 Staat van baten en lasten in het meerjarenperspectief

De financiële begroting voor de GGD ZW bestaat uit de volgende onderdelen:

- Een overzicht van lasten en baten van de gemeenschappelijke regeling (de basis- en basis+producten).
- De lasten en baten van de projectmatige werkzaamheden (de plusproducten en de projecten) die worden afgerekend met de opdracht gevende gemeente.

Ad a

In onderstaande tabel zijn de baten en lasten per programma, voor 2016 en in het meerjarenperspectief 2016-2019, opgenomen voor de gemeenschappelijke regeling (de basis en de basis+producten). Dit zijn de producten die alle gemeenten afnemen en worden afgerekend via de verdeelsleutel van de gemeenschappelijke regeling.

Gemeenschappelijke regeling			2015	2016	2017	2018	2019
P1	Epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering	Baten	-	-	-	-	-
		Lasten	1.127.054	987.938	997.038	1.007.269	1.017.847
		Saldo	1.127.054	987.938	997.038	1.007.269	1.017.847
P2	Algemene gezondheidszorg	Baten	553.387-	651.923-	657.678-	663.729-	669.795-
		Lasten	1.476.584	1.551.927	1.556.840	1.573.294	1.589.649
		Saldo	923.197	900.004	899.162	909.565	919.854
P3	Maatschappelijke gezondheidszorg	Baten	40.400-	-	-	-	-
		Lasten	857.409	869.863	878.283	887.757	896.216
		Saldo	817.009	869.863	878.283	887.757	896.216
P4	Jeugd gezondheidszorg	Baten	1.356.887-	1.235.674-	1.247.820-	1.260.547-	1.273.509-
		Lasten	8.304.434	8.415.313	8.498.456	8.592.477	8.689.170
		Saldo	6.947.547	7.179.639	7.250.637	7.331.930	7.415.661
P5	Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio	Baten	253.102-	245.120-	247.550-	250.155-	252.822-
		Lasten	253.102	288.822	291.681	294.770	297.938
		Saldo	-	43.701	44.131	44.615	45.117
Paragraaf bedrijfsvoering		Baten	3.136.275-	3.092.418-	3.114.393-	3.160.762-	3.206.103-
		Lasten	3.136.275	3.092.418	3.114.393	3.160.762	3.206.103
		Saldo	-	-	-	-	-
Totaal bijdrage gemeenschappelijke reg			9.814.808	9.981.145	10.069.251	10.181.137	10.294.694

Ad b

Daarnaast verricht de GGD Zaanstreek-Waterland veel projectmatige werkzaamheden (plusproducten en projecten). Deze werkzaamheden worden uitgevoerd in opdracht van individuele gemeenten en worden afzonderlijk afgerekend. Omdat de projectenportefeuille voor 2016 nog niet bekend is, is als omvang van de projectenportefeuille op basis van 2015 geraamd. De tarieven voor 2016 zijn door het dagelijks bestuur op 27 maart 2015 vastgesteld.

Totaal is de omvang van de projectmatige werkzaamheden:

Projectmatige werkzaamheden			2015	2016			
P3	Maatschappelijke gezondheidszorg	Baten	1.380.371-	2.525.336-			
		Lasten	1.380.371	2.525.336			
		Saldo	-	-	-	-	-
P4	Jeugd gezondheidszorg	Baten	2.091.869-	3.339.260-			
		Lasten	2.091.869	3.339.260			
		Saldo	-	-	-	-	-
Totaal budget							
projectmatige werkzaamheden			3.472.240	5.864.596	-	-	-

7.2 Investerings

Systematiek

De materiële vaste activa zijn gewaardeerd tegen de verkrijging- of vervaardigingsprijs.

Op slijtende investeringen wordt afgeschreven door middel van een lineaire afschrijvingssystematiek.

De gehanteerde afschrijvingstermijnen bedragen in jaren:

- Inventarissen 10 jaar
- Automatisering 5 jaar
- Automatisering laptop en tablet 4 jaar
- Pand Vurehout 30 jaar
- Vervoermiddelen 5 jaar

In het jaar van investeren wordt de helft van afschrijvingsbedrag als last in de exploitatie meegenomen. De investeringen worden intern gefinancierd. Dat wil zeggen dat geen geldleningen worden aangegaan. Uitzondering vormt de aankoop van het pand Vurehout. Hiervoor is een lening gesloten. Het gehanteerde percentage voor 2016 en volgende jaren is 4%.

In het hieronder weergegeven overzicht worden de voorgenomen investeringen voor 2016-2019 weergegeven:

	jaar aanschaf	bedrag aanschaf	afschr termijn	kapit lst 2015	kapit lst 2016	kapit lst 2017	kapit lst 2018	kapit lst 2019
Vervanging	2015	42.200	5	5.824	9.790	9.453	9.115	8.778
Automatisering	2015	44.800	4	7.280	12.544	12.096	11.648	5.712
	2016	50.000	5		6.900	11.600	11.200	10.800
	2016	38.000	4		6.175	10.640	10.260	9.880
	2017	53.000	5			7.314	12.296	11.872
	2018	300.000	5				41.400	69.600
	2018	50.000	4				14.250	13.750
	2019	240.000	5					33.120
	2019	20.000	4					3.250
Vervanging	2015	20.000	10	1.780	2.720	2.640	2.560	2.480
Inventaris	2016	38.150	10		3.395	5.188	5.036	4.883
	2017	38.150	10			3.395	5.188	5.036
	2018	38.150	10				3.395	5.188
	2019	38.150	10					3.395
Vervanging	2015	10.000	4	1.625	2.800	2.700	2.600	1.275
Apparatuur	2016	10.000	4		1.625	2.800	2.700	2.600
	2017	10.000	4			1.625	2.800	2.700
	2018	10.000	4				1.625	2.800
	2019	10.000	4					1.625
Vervanging	2015	10.000	4	1.625	2.800	2.700	2.600	1.275
Medische	2016	10.000	4		1.625	2.800	2.700	2.600
Apparatuur	2017	10.000	4			1.625	2.800	2.700
	2018	10.000	4				1.625	2.800
	2019	10.000	4					1.625
				18.134	50.375	76.577	145.799	209.744

7.3 Verloop van reserves en voorzieningen

Onderstaand wordt in de tabel het overzicht weergegeven van de reserves en voorzieningen in het meerjarenperspectief.

Verloopoverzicht reserves	Stand				
	2015	2016	2017	2018	2019
Algemene reserve wettelijke taken	648.665	488.665	488.665	488.665	488.665
Reserve gezondheidsenquête	100.000	63.000	63.000	63.000	63.000
Reserve groot onderhoud	100.000	150.000	150.000	150.000	150.000
Reserve reizigersvaccinatie	74.091	74.091	74.091	74.091	74.091
Reserve frictie projecten Zaanstad	220.000	220.000	220.000	220.000	220.000
Reserve frictie projecten Purmerend	23.000	23.000	23.000	23.000	23.000
Reserve frictie overige gemeenten	19.500	19.500	19.500	19.500	19.500
Totaal	1.185.256	1.038.256	1.038.256	1.038.256	1.038.256

De hoogte van de Algemene reserve is, vooruitlopend op de vaststelling van de jaarstukken 2014 (gepland op 3 juli 2015), gesteld op € 648.665.



Zaanstreek-Waterland

Postbus 2056 • 1500 GB Zaandam
Vurehout 2 • 1507 EC Zaandam
Telefoon (0900) 254 54 54 • Fax (075) 616 30 16
info@ggdzw.nl • www.ggdzw.nl