



Hart voor Brabant

Gezondheid telt!

Jaarverslag 2015

GGD Hart voor Brabant

Inhoud

Inleiding	2
Verslag van de directie	3
1. Programma Publieke gezondheid	5
1.1 Leefomgeving	7
1.2 Jeugd.....	9
1.3 Veiligheid	13
2. Bijzondere onderwerpen	14
2.1 Weerstandsvermogen en risicobeheersing	14
2.2 Onderhoud kapitaalgoederen	17
2.3 Bedrijfsvoering.....	17
2.4 Financiering	20
2.5 Verbonden partijen.....	21
2.6 Samenwerkingsverbanden	21

Inleiding

Voor u ligt het jaarverslag 2015 van de GGD Hart voor Brabant. Met dit verslag leggen we verantwoording af over onze prestaties in 2015. Het jaarverslag is onderdeel van de jaarstukken 2015, die het algemeen bestuur vaststelt.

In het verslag van de directie leest u een samenvatting van de ontwikkelingen en resultaten. Daarna volgt in hoofdstuk 1 een verslag van de onderdelen van het programma Publieke gezondheid. De bijzondere (wettelijk verplichte) onderwerpen staan in hoofdstuk 2.

Het dagelijks bestuur van de GGD Hart voor Brabant,
14 april 2016,

C.J.M.A. van Esch,
secretaris

W.A.G. Hillenaar,
voorzitter

Vastgesteld door het algemeen bestuur van de GGD Hart voor Brabant
in zijn vergadering van 14 juli 2016

C.J.M.A. van Esch,
secretaris

W.A.G. Hillenaar,
voorzitter

Verslag van de directie

De GGD Hart voor Brabant voert - als gemeentelijke gezondheidsdienst - de publieke gezondheidszorg uit voor de ruim 1 miljoen inwoners van 27 gemeenten. Die taken zijn: jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering, infectieziektebestrijding, hygiënezorg en medische milieukunde en onderzoek en (beleids-)adviezen. Daarnaast heeft de GGD een rol bij de transities van de jeugdzorg, de Wmo en de Awbz.

De gemeenten vragen om een GGD die dichterbij, proactief, integraal, slagvaardig en innovatief werkt. De GGD werkt nauw samen met twee andere diensten voor de publieke gezondheidszorg: de Regionale Ambulancevoorziening en de Veiligheidsregio's waar de geneeskundige hulpverlening (GHOR) bestuurlijk onder valt. Verder werken we samen met scholen, huisartsen, ziekenhuizen, welzijnsorganisaties, geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

Programma publieke gezondheid

In 2015 namen we deel aan 43 wijkteams en zorgden we onder andere voor:

- 31 wijk- en schoolprofielen;
- 154.617 gezondheidsonderzoeken bij 36.987 jeugdigen;
- 1.373 meldingen van infectieziekten;
- 1.706 publieksadviezen over infectieziekten;
- 28.762 vaccinaties;
- 1.926 inspecties/onderzoeken van kindercentra, scholen en gastouders;
- 8.895 tbc-screeningen;
- 6.606 soa-consulten, met een vindpercentage van 23,5%;
- 282 adviezen medische milieukunde;
- 22.329 klanten voor reizigerszorg;
- 524 lijkschouwen en 310 euthanasieverklaringen.

In de paragrafen 1.1 t/m 1.3 vindt u de resultaten voor de onderdelen Leefomgeving, Jeugd en Veiligheid. Hieronder staan de meest markante punten.

Leefomgeving

We continueerden onze inzet voor preventieprogramma's op maat en de ontwikkeling van het programma [Gezond INZIGT](#) (informatie en advies). De toestroom van vluchtelingen leidde tot veel extra inzet: meer werk voor de infectieziekte- en de tuberculosebestrijding en voor de publieke gezondheidszorg in het algemeen.

We inventariseerden samen met gemeenten de uitdagingen voor de toekomst en presenteerden het resultaat op de [Dag van de publieke gezondheid](#).

Jeugd

In 2015 ronden we de invoering van het basispakket JGZ af. Dit nieuwe pakket geeft meer ruimte voor begeleiding van kinderen op maat en voor het samenwerken met scholen. Onze medewerkers hebben nu meer ruimte om deel te nemen aan de wijkteams.

We voerden het pubercontactmoment (ziekteverzuimbegeleiding) op maat uit, in samenspraak met de gemeenten en het onderwijs.

Veiligheid

We continueerden onze inzet bij het Zorg- en veiligheidshuis, het multidisciplinair casus-overleg en de transformatieprocessen op het gebied van bemoeizorg.

Innovatie

In 2015 selecteerde het algemeen bestuur vijf innovatieve projecten voor 2016:

- de [pilot anticonceptie](#): proactief anticonceptie aanbieden bij kwetsbare vrouwen;
- social nudge: op vernieuwende wijze drugs- en alcoholgebruik onder jongeren aanpakken;
- [depressie 12-14 jarigen](#): tijdige opsporing door de jeugdgezondheidszorg;
- de [persoonlijke gezondheidscheck](#): een laagdrempelig online account om in actie te komen;
- de [wijk GGD'er](#), als verbindingsofficier voor verwarde mensen.

Bedrijfsvoering

We voerden enkele organisatiewijzigingen door en startten het mobiliteitstraject voor medewerkers die hun functie verliezen door de bezuinigingen in 2016. We startten activiteiten, projecten en onderzoeken rond cultuurontwikkeling, planning & control en informatisering en ronden die vaak ook af. We verbeterden enkele processen en willen naar een fundamentele vernieuwing van de bedrijfsvoering. De uitvoering van het huisvestingsplan (voor de consultatiebureaus) liep volgens planning.

Financieel

De jaarrekening 2015 sluit af met een positief resultaat van € 2.307.971. De verklaring van dit resultaat, in hoofdlijnen: hogere opbrengsten uit plustaken (€ 3.691.000), nagekomen opbrengsten (€ 600.000), hogere personele kosten (€ 1.434.000), nadelig saldo huisvesting en overige materiële kosten (€ 208.000) en mutaties in de reserves nadelig (€ 341.000). Een gedetailleerde toelichting staat in de jaarrekening.

Voor dit resultaat stellen we de volgende bestemming en bestedingsplan voor:

- dotatie aan de bestemmingsreserve individueel keuzebudget van € 1.042.000, ter dekking van eenmalige extra kosten door de Cao Gemeenten, waarvan het BBV voorschrijft om deze vooraf te nemen;
- dotatie aan reserve jeugdmonitor van € 107.000, voor de uitvoering van de traditionele jeugdmonitor naast de al ingevoerde vernieuwde uitvraag op scholen;
- dotatie aan de reserve vernieuwing bedrijfsprocessen van € 1 miljoen, zie de toelichting in de jaarrekening;
- dotatie aan algemene reserve van € 158.971.

Deze voorstellen lichten we toe in hoofdstuk 6 van de jaarrekening.

De algemene reserve bedraagt daarna € 3,36 miljoen. Dit is voldoende voor het dekken van de risico's, die in de jaarrekening staan beschreven.

Inclusief de resultaatbestemming 2015 bedraagt de algemene reserve per 31 december 2015 € 3,36 miljoen. Dit is toereikend voor de dekking van de risico's.

1. Programma Publieke gezondheid

De trends en ontwikkelingen in de publieke gezondheid zijn:

- de transities in het sociaal- en zorgdomein leiden tot nieuwe samenwerkingen en diensten;
- een overheid die een appèl doet op actief burgerschap en een steunende sociale omgeving: een goede start voor iedereen en kansen voor de mensen met een achterstand en voor de kwetsbaren;
- digitale toepassingen (apps) geven de burger meer regie. Feedback van die systemen en/of professionals faciliteren hem daarbij. Hij levert zo met nieuwe data een bijdrage aan vernieuwing van monitoring en advisering (e-health, big data);
- vergrijzing (dementerende thuiswonenden), minder bedden in de geestelijke gezondheidszorg en de decentralisaties en daardoor een groter belang van de openbare geestelijke gezondheidszorg bij preventie en opvang.
- grotere gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden;
- een grotere invloed op de zorg van zorgverzekeraars en gemeenten;
- een hogere infectiedruk door internationalisering en resistentie van antibiotica, toename van zoönosen en verspreiding van Mers en Ebola en daardoor een groter beroep op de GGD;
- meer vluchtelingen en daardoor onzekerheid over de benodigde inzet van de GGD'en;
- stijging van soa-consulten (bij de GGD'en en bij huisartsen);
- een nog te ontginnen terrein bij de medische milieukunde omdat gezondheidsbeleid nog weinig rekening houdt met de omgeving; de Omgevingswet is hierbij ook een belangrijke factor;
- een groter beroep op de inzet van psychosociale hulpverlening bij incidenten;
- het Wmo-toezicht dat in ontwikkeling is en een accentverschuiving bij het toezicht op kinderopvang naar de kwaliteit van de opvang.

In de 2015 werkten we aan een nieuwe beleidsvisie [De GGD gaat verder ... voor gezondheid](#). Vanwege alle veranderingen was het nodig om de missie en visie op te frissen. Hiervoor haalden we veel informatie op binnen én buiten de GGD, onder andere tijdens de Dag van de publieke gezondheid in maart 2015. We verwachten dat het algemeen bestuur de [beleidsvisie](#) in 2016 vaststelt.

Resultaat meten

Op verschillende manieren maten we in 2015 het resultaat van ons werk. Zo formuleerden we 19 prestatie-indicatoren, die verspreid in dit hoofdstuk staan. We realiseerden de meeste van de prestaties en stelden voor 2016 nieuwe indicatoren op die ook de outcome meten.

Daarnaast vroegen we aan klanten en gemeenten wat ze van ons werk vonden. De resultaten daarvan vindt u hieronder.

Klantenraad en klantonderzoeken

Op eigen verzoek stopte de klantenraad, na 2,5 jaar actief te zijn geweest. De raad adviseerde om over te gaan op andere, snellere vormen van klantparticipatie. In 2015 startten we met de methode van klantreizen en voerden we een pilot uit met een digitale zuil bij ouders in het consultatiebureau.

In 2015 deden we deze klantonderzoeken:

- bij 65 voorlichtingsactiviteiten aan ouders, professionals en jongeren;
- reizigerszorg: een onderzoek naar de communicatie;
- hygiëneadvisering: bij pedagogisch medewerkers en medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen;
- tbc-bestrijding: wachttijdregistratie;
- infectieziektebestrijding: huisbezoeken bij particulieren en voorlichtingen;
- ouders (JGZ): digitale zuil, spiegelgesprekken, interviews en ideeënbox;
- klanten die een klacht indienden;
- melders van woningvervuiling.

Het klantonderzoek bij het Klantcontactcentrum schoven we door naar 2016, vanwege het invoeren van een nieuwe telefonieomgeving.

We haalden onze norm om 2.400 klanten te bereiken: 2.647 reacties, verdeeld over 8 disciplines. Gemiddeld rapportcijfer: 8,0 (de norm was: 85% van de klanten is tevreden).

In 2016 werken we onder andere pilots uit voor:

- klantonderzoek bij het ouderportaal Mijn Kind in Beeld;
- Facebookaccount consultatiebureau;
- oriëntatie op gebruik Zorgkaart Nederland.

De uitkomsten van deze onderzoeken en andere vormen van klantparticipatie koppelen we terug naar de klant en we koppelen ze ook aan de prestatie-/outcome-indicatoren 2016.

Klachten

We ontvingen 106 klachten (2014: 125). De klachten gaan vooral over de organisatie en inhoud. Van de klachten over organisatie gaan er 10 over het plannen van een afspraak en 3 over telefonische bereikbaarheid. Dit was in 2014 respectievelijk 15 en 18.

In de afhandeling zien we een divers beeld. Regelmatig bieden we als reactie onze excuses aan en leggen we uit hoe we werken en wat de (landelijke) richtlijnen zijn. Dan is de conclusie dat we niet anders konden handelen, waardoor onze excuses aan oprechtheid verliezen. In een aantal gevallen zeggen we dat we nog eens naar onze richtlijnen zullen kijken. Of we kondigen een verbeteractie aan. De communicatie met de klant is cruciaal. Soms reageren we te defensief, met een uitleg over de richtlijnen die we (strikt) hanteren. De stijl van onze brieven en mails is niet altijd klantvriendelijk: het komt vaak plichtmatig over.

We moeten naar een communicatie die meer aansluit bij de klant, ook bij die klachten waar de GGD het gelijk aan zijn zijde heeft. Dit vraagt nog een leer- en motivatieproces.

De verdeling van de klachten over de gemeenten:

Bernheze	1	Hilvarenbeek	1
Boxmeer	2	Loon op Zand	3
Boxtel	3	Oss	7
Cuijk	2	Schijndel	1
Dongen	4	Sint-Oedenrode	2
Gilze en Rijen	5	Tilburg	29
Grave	1	Veghel	5
Haaren	1	Vught	1
Grave	1	Waalwijk	3
's-Hertogenbosch	15	Andere gemeenten: geen klachten	
Heusden	5	Gemeente onbekend	13
		Buiten het werkgebied	2

Oordeel gemeenten

Ook in 2015 vroegen we de gemeenten om een oordeel over ons functioneren. De meeste zijn redelijk tevreden. De waardering over de beleidsadviezen en de informatie voor het gezondheidsbeleid is hoger dan in 2014. Wel zien gemeenten graag dat de GGD met zijn gegevens (nog) meer inzoomt op de lokale situatie en meer (vraag-)gericht adviseert. De GGD zou de vele gegevens ook meer kunnen presenteren als beleidsinformatie.

De gemeenten zien de GGD geen (of een kleine) rol spelen bij de Wmo en de Participatie-wet; bij sommige is dit anders omdat zij samen met alle partners werken aan de beleidsontwikkeling.

Over onze adviezen over de jeugdzorg is het beeld heel wisselend: enkele gemeenten ervaren geen inbreng/steun terwijl andere juist veel profijt hebben van de input van de consultatiebureaus en de rol van de jeugdartsen.

Het vertrouwen in de infectieziektebestrijding is lager dan in 2014. Veel ambtenaren hebben geen zicht op onze aanpak en het vertrouwen van bestuurders hierin. Enkele hebben zorgen over de slagkracht bij epidemieën, maar er is ook waardering, o.a. over de informatie bij de Ebola-crisis.

1.1 Leefomgeving

Wat wilden we bereiken?

Onze ambities voor 2015 waren:

- het versterken van eigen kracht en zelfredzaamheid van burgers;
- een betere gezondheid en daardoor meer participatie in de samenleving;
- een aanpassing van de leefstijl van jongeren en hun ouders;
- een betere gezondheid door integrale benadering van de leefomgeving;
- meer samenhang en toegankelijkheid van de zorg in de wijk;
- proactief handelen bij dreigende infectieziekten;
- versterken van ons onderzoek en advies voor relevante informatie naar gemeenten en partners.

Prestatie-indicatoren

- % tijdige meldingen infectieziekten (-> RIVM): 99,4 % (de norm was: 100%);
- vindpercentage soa-consulten (t.o.v. het aantal soa-testen): 23,5% (de norm was: 15%);
- % gemeenten dat epidemiologie functie gebruikt bij het opstellen van beleidsplannen of bij evaluaties: 100% (de norm was: 50%);
- 99,79% inspecties kindercentra uitgevoerd (de norm was: 100%);
- 32 % scholen die we ondersteunden bij hun schoolgezondheidsbeleid (de norm was: 30%);
- preventieactiviteiten samen met partners: in alle gemeenten voerden we activiteiten rond overgewicht, roken, alcohol, diabetes of depressie (de norm was: 100%).

Wat hebben we hiervoor gedaan?

Onder andere:

- 1.373 meldingen van infectieziekten;
- 1.706 publieksadviezen over infectieziekten;
- 1.926 inspecties/onderzoeken van kindercentra, scholen en gastouders;
- 8.895 tbc-screeningen;
- 6.606 soa-consulten, met een vindpercentage van 23,5%;
- 282 adviezen medische milieukunde;
- 22.329 klanten voor reizigerszorg;
- 524 lijkschouwen en 310 euthanasieverklaringen;
- 31 wijk- en schoolprofielen.

Vanaf augustus nam het aantal vluchtelingen sterk toe. De opvang stelde gemeenten én GGD voor nieuwe uitdagingen. In Tilburg, Oisterwijk, Waalwijk, Boxtel en Heusden kwamen (crisis)noodopvangen en in Rosmalen en Tilburg tijdelijke asielzoekerscentra. Daarnaast breidde het COA de asielzoekerscentra uit in Gilze, Grave en Overloon.

Voor een (crisis)noodopvang regelt een gemeente zelf de medische en preventieve zorg. Ze doet dan een beroep op de GGD, die zich vooral richt op de infectieziekte- en tbc-bestrijding. Hiervoor ontwikkelden we samen met de GGD West-Brabant een praktische werkwijze. Alle gemeente-bestuurders kregen tijdig informatie over onze diensten.

De grote instroom van vluchtelingen betekent meer werk voor de infectieziekten- en de tuberculose-bestrijding en de publieke gezondheidszorg in het algemeen (voorlichting over o.a. soa's en opvoeding). En ook de impact voor de jeugdgezondheidszorg is groot: meer dan 30% van de vluchtelingen is jonger dan 19 en in de noodopvang en AZC's voeren we ook het basispakket JGZ uit. De mate waarin GGD'en dit alles kunnen uitvoeren uit het basispakket is een landelijk aandachtspunt.

We ontwikkelden samen met onze partners preventieprogramma's op maat en voerden ze uit. We noemen hier [Fitte Vogels](#) en [Roze Maandag](#) in Tilburg, [Pretty Pink](#) in 's-Hertogenbosch en de [Super Safe](#)-actie bij de Dancetour, de samenwerking met ziekenhuizen in Midden-Brabant en de Meijerij bij de infectiepreventie en het lespakket [tekenpreventie](#).

We startten met het [Sensespreekuur](#) en de website www.sense.info en ook de preventie van [gehoorschade](#) en van het misbruik van [alcohol](#) en [drugs](#). Onze vrijwilligers spraken honderden jongeren aan.

Met het programma [Gezond INZIGT](#) vernieuwden we onze informatie- en adviesrol. We brachten (meer) samenhang aan in wat we doen met data, informatie en advies. We ontwikkelden methoden, bijvoorbeeld voor wijkprofielen, dialoog of het maken van prognoses. We verspreidden best practices en zorgden ervoor dat deze breed inzetbaar zijn. We deden dit met en voor gemeenten, wijken en scholen. Voor de [monitor jeugdhulp Midden-Brabant](#) presenteerden we elk kwartaal de resultaten. We ontwikkelden samen met partners nieuwe presentatievormen en een digitaal tijdschrift. In Heusden en Loon op Zand stelden we wijkprofielen op met aandacht voor kwetsbare ouders.

We startten met het aanbieden van Wmo-toezicht als plustak en voeren deze taak nu uit in 11 gemeenten. Daarnaast deden we – voor de GGD Brabant-Zuidoost – [onderzoek](#) naar het overlijden van een klant van een Wmo-instelling in Eindhoven.

1.2 Jeugd

Wat wilden we bereiken?

Voor 2015 formuleerden we deze ambities:

- actief bijdragen aan het gezond en veilig opgroeien van kinderen;
- verbinden met onze partners in de gezondheidszorg, de jeugdhulp en het onderwijs;
- per gemeente op maat aansluiten bij de wijkteams;
- beter aansluiten van onze beleidsinformatie en -adviezen bij gemeenten en partners;
- afronden van het invoeren van het nieuwe basispakket JGZ.

Wat hebben we hiervoor gedaan?

Onder andere:

- 154.617 gezondheidsonderzoeken bij 36.987 jeugdigen;
- 28.762 vaccinaties.

Onze medewerkers namen deel aan 43 wijkteams¹. Dit is van belang voor een bijdrage aan het gezond en veilig opgroeien van kinderen. Door jeugdigen en hun gezinnen in beeld te hebben, bewaakten we hun ontwikkeling en ondersteunden we ouders. We versterkten waar nodig de eigen kracht. Zo droegen we met preventie bij aan het voorkomen van zwaardere zorg.

Bereik jeugdgezondheidszorg

- | | |
|------------------------|-----|
| - bereik 1-jarigen | 99% |
| - bereik 3 ½-jarigen | 91% |
| - bereik 5½ -jarigen | 85% |
| - bereik 9½- jarigen | 89% |
| - bereik 13/12-jarigen | 83% |

¹ In dit jaarverslag gebruiken we één woord 'wijkteam' voor alle vormen die gemeenten hanteren: (sociaal) wijkteam, toegangs-team, basisteam jeugd en gezin, etc.

Basispakket JGZ

Alle teams werken nu volgens het nieuwe basispakket JGZ. De ervaringen zijn positief en er is breed draagvlak voor de nieuwe werkwijze bij de JGZ-teams.

Een aandachtspunt was de achterstand bij de consulten: door het invoeren van het basispakket moesten we in 2015 de screening van twee halfjaarscohorten inhalen. We zetten extra personeel in en hielden extra spreekuren.

In Brabant-Noordoost was de achterstand eind 2015 bijna weg. In de Meierij en Midden-Brabant is de achterstand weg in het tweede kwartaal van 2016.

Pubercontactmoment

Ziekteverzuim is een belangrijk signaal voor problemen en de aanpak kan een grote impact hebben op de ontwikkeling van de jongere, vandaar de keuze voor dit (nieuwe) contactmoment voor pubers. We voerden het in op alle scholen voor voortgezet onderwijs (de norm was: 50%) en dat verliep goed.

In Midden-Brabant startte in 2014 op 21 scholen het [M@ZL-project](#) en in 2015 sloten de andere aan.

We voerden 319 gesprekken; de problemen waren vooral lichamelijk en psychosociaal.

In de Meierij voerden we op alle 18 scholen het pubercontactmoment in, volgens het ziekteverzuim-protocol van het Samenwerkingsverband de Meierij.

In Brabant-Noordoost maakten we met alle 24 scholen afspraken over ziekteverzuimpreventie, samen met de gemeenten (leerplicht). Daarnaast presenteerden we het ziekteverzuimprotocol aan de zorg-coördinatoren en schoolleiders van alle scholen.

Er waren nog andere verbeteringen. Enkele voorbeelden:

- het screeningsprofiel van de 2^e-klassers, dat een beeld geeft van de gezondheid van leerlingen en een goed handvat biedt om het gesprek met de school aan te gaan;
- in 's-Hertogenbosch waren er preventieve activiteiten in afstemming met *Power-Up* (gezonde leefstijl vanuit de kracht van de jongeren zelf) en andere partners (zoals 'S-PORT en Divers).

Samenwerken in de sociale wijkteams

In alle gemeenten zijn GGD'ers verbonden aan de sociale wijkteams (de norm was: 80%). De wijze waarop verschilt, van oproepbaar per casus tot volledig teamlid dat beschikkingen opstelt.

In Maasland startte een pilot waarbij de medewerker van het Basisteam Jeugd en Gezin (BJG) en de jeugdverpleegkundige samen aansluiten bij de zorgadviesteams. De behoeftes per school en per medewerker bleken sterk te verschillen en daarom spreken we in overleg af wie wanneer aansluit.

Via de Mastercirkelmethode werken MEE, Juvans, Divers en de GGD intensief samen en kijken ze naar uitdagingen om hun diensten te vernieuwen en te kantelen en daarmee efficiëntie te behalen. De GGD schreef samen met deze partners in voor de basisondersteuning jeugd 2016 ('s-Hertogenbosch).

Samenwerken met kindercentra en scholen

- In Uden/Veghel/Maasland liep een project Depressiepreventie bij adolescenten, waarin de GGD samenwerkt met o.a. scholen, schoolmaatschappelijk werk, Indigo, GGZ en de gemeente Oss. Doel is om bij jongeren met een beginnende depressie snel in actie te komen en zo erger te

voorkomen, het project [STORM](#), dat in juli startte. Er zijn waarschijnlijk vijf scholen die meedoen en we hopen dat er nog meer aansluiten. Het project start ook in Midden-Brabant.

- In 's-Hertogenbosch vond een kennismakingsronde plaats op de scholen voor voortgezet onderwijs ter versterking van de samenwerking.
- In Tilburg is een werkgroep 12+ ingesteld, met als opdracht: het optimaliseren van de samenwerking met de Tilburgse Toegang. Deze bestond o.a. uit het jongerenwerk, de zorgcoördinatoren/directeuren, leerplicht, schoolmaatschappelijk werk en de GGD. De werkgroep kwam met een advies en daarna bezochten we alle scholen voor een inventarisatie van de ondersteuning en de gewenste verbinding met de Toegang.
- In 's-Hertogenbosch-West liep met succes het project Peuterkadootje, voor een betere toeleiding naar voorschoolse voorzieningen. Ook in de andere wijken kijken we hoe gericht op voor- en vroegschoolse educatie in te zetten.
- In Uden/Veghel/Maasland is de jeugdverpleegkundige de schakel tussen het Basisteam Jeugd en Gezin en de peuterspeelzalen en kinderdagverblijven. De jeugdartsen zijn belangrijke als verbinding naar de huisartsen, zodat zij minder rechtstreeks gaan verwijzen en de meerwaarde van het BJG gaan ervaren.

Samenwerken met de huisartsen

- Een belangrijk aandachtspunt was de samenwerking met de huisartsen gericht op een effectieve taakverdeling en doorverwijzingen naar de 2e lijn. Daarvoor zijn in 's-Hertogenbosch de jeugdartsen verbonden aan het BJG-team. De gemeente nam het initiatief om producten uit te denken, bijvoorbeeld het protocol ADHD.
- In Uden, Veghel en Sint-Michielsgestel is er een goede samenwerking met de huisartsen.
- In Oss legden we contact met de Huisartsenkring.
- In Brabant-Noordoost legden de jeugdartsen in het BJG de verbinding met de huisartsen.
- In Midden-Brabant was er een scholingsbijeenkomst voor huisartsen over de relatie huisartsen-JGZ. Het ging om kennismaking, het maken afspraken, de introductie van de Handreiking samenwerking huisartsen en jeugdgezondheidszorg en de verdieping rond de aanpak van excessief huilen. Aan de bijeenkomst namen meer dan 40 huisartsen deel.
- In Dongen maken de jeugdartsen deel uit van het multidisciplinair overleg met de huisartsen.
- De gemeente Waalwijk nam in 2014 het initiatief voor overleg tussen huisartsen, gemeente en GGD. Het doel was om de artsen te informeren over de transitie en het overleg bestaat nog. Het blijkt van groot belang te zijn bij het stroomlijnen en monitoren van de transitie.
- In Heusden is een overleg ingericht tussen huisartsen, gemeente en GGD.
- In Loon op Zand verliep de samenwerking prima. Jeugdartsen en huisartsen zijn enthousiast en de jeugdarts neemt deel aan het expertiseteam dat de gemeente lokaal inrichtte.

Samenwerken met de ziekenhuizen

- De GGD werkte samen in de verloskundige samenwerkingsverbanden bij ieder ziekenhuis. In alle regio's boekten we resultaten bij een betere overdracht van en zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen.
- Zorgmail is geregeld met (een of meerdere poli's van) het Jeroen Bosch Ziekenhuis, het Maasziekenhuis Pantein, het Catharina Ziekenhuis, het Maxima Medisch Centrum en Diagnostiek voor U. Het aantal huisartsen, fysiotherapeuten, logopedisten en diëtisten dat communiceert via Zorgmail nam gestaag toe. In 2016 vindt verdere uitrol plaats
- In de Meierij zetten het Jeroen Bosch ziekenhuis, de GGD en de 1ste lijn verloskundigen een centering pregnancy op.
- Het Maasziekenhuis Pantein startte in nauwe samenwerking met de GGD een prematurenpoli. De poli verloopt naar tevredenheid en het spreekuur is ook uitgebreid met de controles door de fysiotherapeuten. Samen met de kinderarts en de fysiotherapeuten is er dan een nabespreking. Dit leidt tot duidelijke afspraken naar ouders en elkaar en tot een betere samenwerking.
- In Bernhoven is ook overleg over de opstart van een prematurenpoli.
- De jeugdartsen in de Meierij draaien wekelijks mee op de pandapoli van het Jeroen Bosch Ziekenhuis om zo de thuiskomst van premature baby's beter te kunnen volgen en soepel te laten verlopen.
- In Midden-Brabant startte de pilot anticonceptiezorg, samen met huisartsen, gynaecologen, MEE en andere partners. In de Meierij werken we samen met de verloskundigen en het ziekenhuis aan een betere prenatale zorg.

Samenwerken met de (overige) zorg

- In ons hele werkgebied is een prenataal huisbezoek mogelijk (bij kwetsbare zwangeren), met terugkoppeling naar de verwijzer (kraamzorg, verloskundige of andere).
- In Midden-Brabant is er een gezamenlijke overdracht van verloskundige/kraamzorg (bevallingsverslag) via Zorgmail, een voorziening voor veilige mailcontacten met partners.
- De kraamzorg draagt gezinnen met zorgen 'warm' over aan de JGZ. In het project HP4all geeft de JGZ op twee locaties in Tilburg interconceptiezorg.
- In de Meierij zijn er afspraken met 1e en 2e lijn over de voorlichting over het Shaken babysyndroom. In 's-Hertogenbosch startte een pilot voor gezamenlijke overdracht.
- In Brabant-Noordoost startten we met de overdracht van de verloskundige naar de JGZ. De kraamzorg vult een aanvullende overdracht in.
- In Oss en Bernheze start een proef met Centering pregnancy & parenting. Hierbij krijgt de groep moeders die tijdens hun zwangerschap bij elkaar kwam als alternatief voor een individueel consult een aanbod voor een groepsbureau, met begeleiding door de jeugdverpleegkundige.
- We intensiverden de samenwerking met de gezondheidscentra Groote Wielen, Noord en Maaspoort in 's-Hertogenbosch. In 2016 doen de wijkgezondheidswerkers in de basiswijken een vraaggericht aanbod rond preventie, met speciale aandacht voor de ouderen.

- De GGD is partner in het Zorgzaam Rosmalen en Zorgzaam 's-Hertogenbosch. In de pilotwijk Zuidoost werken we aan nieuw, een echt geïntegreerd aanbod van de 0e t/m 2e lijnszorg, ondersteuning en welzijn.

1.3 Veiligheid

Onze taak is: de gevolgen van crises zoveel mogelijk voorkomen, beperken en bestrijden en een bijdrage leveren aan de opvang van kwetsbaren. We geven daarom samen met de veiligheidsregio risicogericht uitvoering aan de gezondheids- en veiligheidscomponent bij calamiteiten.

Wat wilden we bereiken?

Voor 2015 hadden we de volgende ambities:

- het voorkomen van gezondheidsverlies en het bevorderen van de eigen kracht;
- het uitwerken en borgen van de verbinding tussen sociale veiligheid en publieke gezondheid;
- de samenwerking tussen de psychosociale hulpverlening en het GGD rampenopvangplan.

Prestatie-indicatoren

- Tevredenheid over interventies psychosociale hulpverlening bij incidenten (PSHI) (de norm was: 75%). Er waren acht casussen PSHI, waarvan drie zaken zedengerelateerd, een overlijden van een meisje, publieke onrust na een tv-uitzending, inzet na een dreigmail en een preventieve inzet. In twee gevallen vroegen we naar de tevredenheid: een ouderbijeenkomst (ouders tevreden, cijfer: 8) en een zedenzaak (politie tevreden, cijfer: 7,5).
- Er was vijf keer telefonisch contact en/of advies. In drie gevallen ging het om een vooraankondiging van mogelijke onrust, een keer om een boze leraar en een keer om een bemiddeling over een zaak in een andere regio.
- Vier keer maakten we een mediascan rondom de crisisnoodopvang van vluchtelingen. Bij deze opvang was er een vaste PSHI-coördinator als aanspreekpunt.
- De tevredenheid over interventies van vertrouwenspersonen maten we niet.
- Tevredenheid over adviezen woningvervuiling: gemiddeld cijfer 8,1 (steekproef).

Wat hebben we hiervoor gedaan?

In Midden-Brabant namen we deel aan het Zorg- en Veiligheidshuis en in Brabant-Noordoost begeleidden we de bemoeizorg. In de Meierij werkten we samen met het Centrum voor Trajecten en Bemoeizorg en namen we deel aan het multidisciplinair casusoverleg. We maakten een start met de advisering van gemeenten over de opvang van verwarde burgers.

We versterkten de samenwerking met het GHOR-bureau Midden- en West-Brabant, ook rond de processen medische milieukunde, psychosociale hulpverlening, infectieziektebestrijding en gezondheidsonderzoek bij rampen. De taken en activiteiten van de GHOR-bureaus vallen onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de Veiligheidsregio's.

2. Bijzondere onderwerpen

2.1 Weerstandvermogen en risicobeheersing

Het weerstandvermogen² maakt duidelijk hoe de GGD financiële tegenvallers en tekorten kan opvangen. Het bestaat uit bestemmingsreserves en de algemene reserve. Bestemmingsreserves hebben een specifiek doel en vervallen als dat is bereikt. Voor deze reserves maken we een bestedingsplan. Algemene reserves zijn bedoeld om niet voorzienbare tegenvallers op te vangen. Het algemeen bestuur neemt hierover de besluiten.

Het algemeen bestuur stelde in november 2015 een norm vast voor de algemene reserve: een ondergrens van € 1,3 miljoen en een bovengrens van € 4,4 miljoen. Komt de reserve boven of beneden deze grenzen, dan betreft het dagelijks bestuur dit bij de volgende begroting.

Na vaststelling van de jaarstukken is de stand van de reserves:

- algemene reserve van € 3,86 miljoen;
- bestemmingsreserves van € 8,38.

In de jaarrekening, paragraaf 4.2, staat een specificatie van de reserves met een toelichting.

De reserves zijn toereikend voor de dekking van de hieronder benoemde risico's.

Risico's

Hieronder staan de belangrijkste risico's en hoe we daarmee omgaan: een inschatting van het risicobedrag en de kans waarin een risico zich kan voordoen. Wanneer de GGD een risico loopt dat we niet binnen de begroting kunnen opvangen, moeten we de algemene reserve aanspreken.

Risico	Risico (in miljoen €)	Kans	Maatregel	Risico na maatregel (in miljoen €)
Pensioenoverdracht	0,07	middel	voorziening	0,00
Aanvullende dienstverlening	0,61	hoog	actief accountschap naar gemeenten en	0,61
Dubieuze debiteuren	0,01	hoog	voorziening dubieuze debiteuren	0,00
ICT	pm	laag	beveiligingsmaatregelen	pm
Verlofsaldi	0,82	laag	voorziening bovenmatig verlof	0,54
Btw-risico	0,46	hoog	voorziening	0,00
Publieke gezondheid asielzoekers	pm	middel	-	pm
Vennootschapsbelastingplicht overheidsbedrijven	0,08	hoog	verwerkt in begroting	0,00
Invoering individueel keuzebudget	1,04	hoog	voorstel bestemmingsreserve	0,00
Huisvesting - leegstand verhuur	0,08	laag	-	0,08
Huisvesting Vogelstraat - structureel	0,20	hoog	huisvestingsvisie hoofdlocaties en inzet bestemmingsreserve	0,00
Huisvesting Vogelstraat - incidenteel	0,60	hoog	huisvestingsvisie hoofdlocaties en inzet bestemmingsreserve	0,00
Indexering gemeentelijke bijdrage	pm	hoog	dotering of onttrekking algemene reserve	pm
TOTAAL				1,23

² Volgens het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten is het weerstandvermogen de verhouding tussen:

- de weerstandcapaciteit, de middelen en voorzieningen die de GGD heeft om niet begrote kosten te dekken; en
- alle risico's waarvoor geen (dekkings-)maatregelen zijn en die van materiële betekenis kunnen zijn in relatie tot de financiële positie.

Een toelichting op deze posten:

Pensioenoverdracht

Bij de overgang van de jeugdgezondheidszorg voor de 0- tot 4-jarigen kwamen we met de pensioenfondsen een collectieve waardeoverdracht overeen. De kosten hiervan komen voor rekening van de GGD en van de individuele medewerker.

Voor beide pensioenfondsen is een dekkingsgraad vereist van 105% gedurende drie aaneengesloten kwartalen. Omdat hiervan nog geen sprake was, vond deze waardeoverdracht nog niet plaats. We verwachten in 2016 nog geen waardeoverdrachten. Daarom blijven we de kosten reserveren in een voorziening, die geactualiseerd is voor het personeelsbestand van eind 2015.

Aanvullende dienstverlening

Ongeveer 31% van de omzet van de GGD van € 48,6 miljoen komt uit plustaken en andere diensten, met het gebruikelijke ondernemersrisico. Deze taken dragen ook bij aan de overheaddekking en dat kan gevolgen hebben voor de dekking van het basispakket. In de begroting 2016 raamden we de opbrengsten voor de laag- en geenrisico categorie voor 100% en voor de midden- en hoogrisico categorie voor 80%, respectievelijk 50%. Ten opzichte van 2015 zien we een grotere druk op de gemeentelijke financiën, stringenter subsidievoorwaarden en nieuwe vormen van inkoop. Daarom gaan we voor 2016 uit van een risicomarge van 5% (2015: 4%), een risico van € 765.000.

Jaarlijks vormen we in de jaarrekening een voorziening voor oninbare vorderingen (voor 2016: € 159.000) waarmee we dit risico afdekken.

ICT

De risico's van ICT-voorzieningen nemen toe, vanwege het belang voor de bedrijfsvoering en door het steeds opener karakter van ICT en de bedreigingen die dat oplevert. Ook worden de veiligheidseisen strenger. Daarnaast moet de GGD voldoen aan de NEN-normen en aan de eisen van de accountant. Daarom voeren we ook in 2016 de actiepunten uit van het informatiebeveiligingsplan 2015-2017. De (vervolg)schade door langdurige uitval van informatiesystemen is niet in te schatten.

Verlofsaldi

Het verlof van een medewerker aan het einde van een jaar gaat automatisch over naar het volgend jaar en dit verlof mag wettelijk niet vervallen. Vanwege de beheersbaarheid beperken we deze overschrijving tot 72 uur per medewerker. De medewerker stemt een afwijking hiervan af met zijn manager.

Eind 2015 bedragen de totale verlofsaldi € 854.000, waarvan € 312.000 als reservering op de balans staat. Daarom resteert er een risico van € 542.000; de kans dat dit zich voordoet, is laag.

Btw-risico

Bij de btw is er een risico op naheffing door de Belastingdienst, afhankelijk van de vraag of diensten wel of niet btw-plichtig zijn. Om een beeld te krijgen van de risico's voerden we periodiek een steekproef uit op onze in- en verkoopfacturen en we schakelden externe fiscale expertise in. Voor 2015

kwantificeerden we ons btw-risico opnieuw op basis steekproefresultaten en overleg met de Belastingdienst, dat deels nog loopt. De geactualiseerde voorziening bedraagt € 461.000.

Publieke gezondheid asielzoekers

Vanaf 2015 is er een vergoeding op basis van de bezetting van de opvanglocatie op de eerste dag van de maand. Het grootste risico ligt nu in sterke fluctuaties van de in- en uitstroom en de leeftijd van de populatie. Deze onzekere factoren hebben grote invloed op de geplande capaciteit ten opzichte van de werkelijke inzet. Over de financiering is er landelijk overleg, de uitkomsten hiervan zijn nog onzeker. De hogere instroom van nieuwkomers in de gemeente heeft ook invloed op de inzet in het basispakket. Zij maken deel uit van de gemeentelijke populatie, maar de financiering van het basispakket vindt pas later plaats: de bijdrage 2016 is gebaseerd op het inwoneraantal op 1 januari 2015. We onderzoeken op dit moment de verwachte impact van de hogere instroom in de wijken en de opvanglocaties en nemen deze daarom nu PM op als risico.

Vennootschapsbelastingplicht overheidsbedrijven

Vanaf 2016 betalen ook overheidsbedrijven vennootschapsbelasting. We analyseerden, na afstemming met de Belastingdienst en GGD GHOR Nederland, alle activiteiten en hun mogelijke impact. De omvang van het risico is nog niet zeker, maar we namen in de begroting 2016 hiervoor al € 75.000 op.

Individueel keuzebudget personeel

In het cao-akkoord 2013-2015 spraken gemeenten en vakbonden af om in 2016 het individueel keuzebudget (IKB) in te voeren, maar zij verplaatsten dit naar 1 januari 2017. Het is een stap in de modernisering van de gemeentelijke arbeidsvoorwaarden.

Een van de bronnen voor het IKB is het vakantiegeld en dat heeft financiële gevolgen: deze toelage wordt nu nog opgebouwd van juni tot en met mei en niet over het kalenderjaar. Omzetting van dit betalingsritme leidt ertoe dat de GGD – net als de gemeenten – in het eerste jaar van het IKB 19 maanden in plaats van 12 maanden vakantietoeslag moet uitbetalen. Dit leidt in 2016 tot eenmalige extra kosten van ongeveer € 1.042.000, die we niet begrootten in 2016. Daarom stellen we voor om hiervoor een bestemmingsreserve in te stellen. Het alternatief is: onttrekken aan de algemene reserve.

Huisvesting

- verhuur: het aantal huurders van de GGD neemt af en het is lastig om leegstand te voorkomen. In de begroting 2016 verlaagden de verhuuropbrengst met € 120.000 naar € 1,5 miljoen. Het risico schatten we laag in: 5% van de geraamde opbrengst 2016.
- kosten locatie Vogelstraat 's-Hertogenbosch: de GGD heeft een reserve huisvesting, belegd tot eind 2018, waarvan het rendement ten gunste komt van de exploitatie (in 2016: € 80.000). De afloop van de belegging in 2018 en de looptijd van de huurovereenkomst van het pand geven vanaf 2019 een jaarlijks financieel risico van € 200.000 structureel en € 600.000 incidenteel:
 - vanaf 2019 levert herbelegging (dan: verplicht bij het rijk) bijna € 0 op;
 - de onttrekking aan de hoofdsom van € 100.000 per jaar kan niet eeuwig duren;

- tot 2019 geldt een lagere huurprijs, daarna gaat deze weer naar het marktniveau, waarvan wij inschatten dat deze niet extreem zal stijgen gelet op de overcapaciteit op de zakelijk markt;
- mogelijk eenmalig boekwaardeverlies in 2019 van € 600.000 omdat we de verbouwing van 2003 in 20 jaar afschrijven.

Bij voortzetting van de huisvesting in de Vogelstraat is er dus vanaf 2019 een maximaal structureel risico van ongeveer € 200.000 per jaar. Een structurele oplossing moet komen uit een op te stellen huisvestingsvisie op de hooflocaties en uit de inzet van de reserve huisvesting.

Indexering gemeentelijke bijdrage

Het bestuur stelde een indexering vast die de systematiek volgt van de gemeente Tilburg. Hierin zit een correctie over de twee vorige jaren. De nominale ontwikkeling kan daardoor afwijken, wat dan leidt tot een mutatie op de algemene reserve.

2.2 Onderhoud kapitaalgoederen

De GGD heeft één gebouw in eigendom (dat we verhuren aan de Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord) en heeft verder dienstauto's, ICT-voorzieningen en medische instrumenten in eigen beheer.

De GGD voert het gebruikersonderhoud uit van een deel van zijn huurpanden en het eigenaars-onderhoud van de locatie in 's-Hertogenbosch. Er is een onderhoudsplan dat we jaarlijks actualiseren. Bij de huisvesting streven we naar een kwaliteitsniveau dat stimulerend is voor het primaire proces. Voor de hoofdvestigingen en voor de nevenlocaties sluiten we onderhoudscontracten af voor installaties en bouwkundige onderdelen.

De basis voor de onderhoudsplanning is een conditiemeting van het gebouw. Is de conditie slecht, dan moet er eerder onderhoud plaatsvinden. In 2015 voerden we onderhoud uit aan de locaties Ringbaan West, Rompertcentrum, Hoefstraat, Dubbeldamstraat en Vaaltweg, voor in totaal € 38.000.

2.3 Bedrijfsvoering

Wat wilden we bereiken?

- een governance die aansluit bij de vragen van gemeenten, met ruimte voor regionale invulling;
- een flexibelere organisatie met zelfsturing binnen de teams;
- het uitwerken van de gevolgen van bezuinigingen 2016;
- het beter koppelen van regiotteams en programma's;
- het doorontwikkelen van de bedrijfsvoering.

Wat hebben we hiervoor gedaan?

Hieronder de belangrijkste punten.

Personeel en organisatie

- de regioteams en de onderdelen Jeugd en Leefomgeving hebben ieder nu één sectormanager, waardoor het MT met één lid verminderde;
- we startten een mobiliteitstraject met medewerkers die hun functie verliezen door de bezuinigingen (logopedisten);
- in het 4e kwartaal startten we met het toegroeien naar zelfstandige teams;
- het overgaan van een 15-tal beleidsadviseurs van Hét Servicecentrum naar de GGD: ze komen beter tot hun recht dicht bij het primaire proces;
- onderzoek gestart naar arbeidsflexibilisering;
- deregulering, vereenvoudiging en harmonisering van arbeidsvoorwaarden;
- de formatie per 31-12-2015 was 410,12 fte (exclusief 81,82 fte HSC medewerkers), waarvan 68% deeltijders en met een gemiddelde leeftijd van 48 jaar. In 2015 had de GGD 49,41 fte (108 medewerkers) als flexkracht (inhuur en uitzendkracht), een flexibele schil van 12%.
- Mobiliteit:

Aantal medewerkers* GGD Hart voor Brabant (excl. GHOR, HSC en inhuur derden)	
Bestand totaal per 01-01-2015	628
In dienst gekomen (instroom)	13
Uitdienst getreden (uitstroom)	42
Intern andere functie (doorstroom)	12
Bestand totaal per 31-12-2015	599

- we registreerden 377 medewerkersgesprekken, 63% (de norm was: 95%). In veel gesprekken besteedden we aandacht aan tevredenheid, met vragen over trots en blij met de GGD als werkgever (cijfer: 6,7), gezien worden door je manager (7,8) en veiligheid voelen om kritische zaken te bespreken (7,8). De gemiddelde score op deze drie onderwerpen was 7,4.
- 83% van de medewerkers nam deel aan de training oplossingsgericht werken (de norm was: 75%); de tevredenheid was 7,95 (de norm was: 75% tevreden);
- het ziekteverzuim was 4,27 % (de norm: 4,2%). In de eerste vier maanden was het 6,12% en daarna hielden we workshops over een effectievere aanpak;
- met 12 stageplaatsen voldeden we ruim aan onze eigen norm. We begeleidden ook 16 artsen in opleiding.

Planning & control

- het actualiseren van de organisatieverordening, de financiële verordening, de nota reserves en voorzieningen, het treasury statuut, de controleverordening en de archiefverordening;
- de start van een extern onderzoek naar de kosten en de tarieven;
- een onderzoek naar een eigentijdse governance;
- er kwamen ook tekortkomingen naar boven bij het nieuwe salarissysteem en de beheersingsmaatregelen van enkele bedrijfsvoeringsprocessen. We voerden herstelacties uit.

Informatie en automatisering

- de start met informatiebeleid en een GGD-datawarehouse;
- het inrichten van een kennisbank voor het Klantcontactcentrum en de voorbereiding van het digitaliseren van de afhandeling van de binnenkomende JGZ-vragen.
- het aansluiten bij het Landelijk Schakelpunt (digitale kinddossiers).

Facilitaire zaken/Inkoop

- aanpassen of sluiten van consultatiebureaus of het deelnemen in alternatieven, conform het huisvestingsplan. We voerden met gemeenten overleg om tot passende oplossingen te komen. Waar dit niet mogelijk bleek, maakten we met hen afspraken over de financiering.
- aanbestedingstrajecten voor o.a. verzekeringen, arbodienst, accountant, telefonie, gebouwenonderhoud en schoonmaak en vaccins.

Informatiebeheer

Volgens de Archiefwet 1995 moet de GGD zijn informatiebeheer goed inrichten. In 2012 en 2013 stemden we de regels af op de eisen in het digitale tijdperk en in 2015 constateerden we dat het beter moest. We toetsten het informatiebeheer aan de kritische prestatie-indicatoren van de VNG die voor de GGD betrekking hebben op:

- lokale regelingen;
- interne kwaliteitszorg en toezicht;
- ordening, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid van archiefbescheiden;
- specifieke eisen aan digitale archiefbescheiden;
- vernietiging, vervanging en vervreemding van archiefbescheiden;
- overbrenging van archiefbescheiden naar de archiefbewaarplaats;
- archiefruimten en e-depots;
- rampen, calamiteiten en veiligheid;
- middelen en mensen.

Verbetering is vooral nodig bij kwaliteitszorg, ordening, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid en vernietiging. Als eerste stap werkten we de nieuwe regels uit in een Besluit informatiebeheer. Dit besluit geeft de directeur de opdracht tot en een kader voor het informatiebeheer. Daarmee voldoet de GGD aan de kritische prestatie-indicator lokale regelingen.

Voor de andere prestatie-indicatoren stellen we in 2016 een verbeterplan op en starten we met het verbeteren van het beheer. De focus ligt op de continuïteit van de bedrijfsvoering en het beperken van risico's. Eind 2017 sluiten we dit project af. Het is geslaagd als alle indicatoren voldoende scoren.

2.4 Financiering

Met het eigen vermogen van de GGD kunnen we alle activa financieren. Daardoor hoeven we geen rente te betalen en de interne rente komt ten goede aan de GGD zelf. Verder is er hierdoor een goede solvabiliteit.

Kasgeldlimiet

De kasgeldlimiet stelt dat de gemiddelde netto-vlottende schuld van een decentraal overheidsorgaan in een bepaald kwartaal niet hoger mag zijn dan een wettelijk bepaald percentage (8,2%). In de tabel hieronder staat de positie van de GGD.

Omschrijving (bedragen x € 1.000)	Begroot	Werkelijk	Verschil	Analyse
Omvang kasgeldlimiet				
1 Toegestane kasgeldlimiet in procenten (8,2%) van de grondslag in een bedrag	3.929	4.426	-497	In de realisatie zijn HSC en GHOR BN opgenomen
2 Omvang vlottende korte schuld				
Opgenomen gelden korter dan 1 jaar	0	604	-604	
Schuld in rekening-courant	0	1.181	-1.181	
Gestorte gelden door derden korter dan 1 jaar	0	159	-159	
Overige geldleningen, niet zijnde vaste schuld	0			
	0	1.944	-1.944	
3 Vlottende middelen				
Contante in kas	0	10	-10	
Tegoeden in rekening-courant	0	1.019	-1.019	
Overige uitstaande gelden korter dan 1 jaar	0	8.686	-8.686	
	0	9.715	-9.715	
4 Toets kasgeldlimiet				
Totaal netto-vlottende schuld (2-3)	0	-7.771	7.771	
Toegestane kasgeldlimiet	3.929	4.426	-497	
Ruimte (+) of overschrijding (-)	3.929	12.197	-8.268	

Renterisiconorm

De GGD heeft geen leningen met een looptijd langer dan een jaar en dit risico is niet van toepassing.

Kengetallen	2014	Begroting 2015	2015
Netto schuldquote	-2%	-	-11,19%
Netto schuldquote gecorrigeerd voor alle verstrekte leningen	-2%	-	-11,19%
Solvabiliteitsratio	50%	-	53,90%
Structurele exploitatieruimte	-	-	1,46%

Schatkistbankieren

In 2018 valt er een belegging vrij die we daarna moeten storten in de schatkist van het rijk. Vanwege de zeer lage vergoeding van het rijk zet dit vanaf 2018 de exploitatie fors onder druk (zie huisvesting in paragraaf 1.2.1). In paragraaf 2.3.2 staat de berekening.

2.5 Verbonden partijen

De liquidatie van de Stichting GGDplus leidde in 2015 tot een uitkering van € 141.469 (verwerkt in het exploitatieresultaat 2015). De belangrijkste bron was de bestemmingsreserve TBC. Daarom schortten we de onttrekking van € 161.000 uit deze reserve een jaar op.

2.6 Samenwerkingsverbanden

De GGD acteert in diverse samenwerkingsverbanden zoals Centra voor Jeugd en Gezin, Academische werkplaatsen, infectieziektebestrijding en talloze andere, lokaal, regionaal en landelijk. Hieronder lichten we de drie verbanden toe met de grootste financiële impact.

Hét Servicecentrum

Hét Servicecentrum is een samenwerkingsverband tussen de GGD West-Brabant, de GGD Hart voor Brabant, de RAV Brabant Midden-West-Noord en de GGD Noord- en Oost-Gelderland met als doel het samen uitvoeren van ondersteunende diensten, zoals financiën, informatisering en automatisering, personeelszaken, kwaliteit en facilitaire zaken. Deze samenwerking is geregeld in een overeenkomst 'kosten voor gemene rekening' die het risico van btw-heffing afdekt.

Op 1 januari 2015 trad de Veiligheidsregio Midden- en West-Brabant uit het samenwerkingsverband. De GGD Hart voor Brabant is penvoerder en heeft voor Hét Servicecentrum (HSC) een aparte administratie. HSC wordt geleid door de directeurs van de deelnemers. De financiën zijn onderdeel van de jaarrekening van de GGD Hart voor Brabant. Van de totale kosten komt in 2015 48,66 % voor rekening van de GGD Hart voor Brabant. Een specificatie van de kostenverdeling staat hieronder.

	Realisatie 2015	Begroting 2015
Bedrijfslasten		
Salariskosten	6.758.682	7.276.036
Personeel derden	459.393	134.937
Overige personeelskosten	226.314	260.672
Bedrijfskosten	1.434.186	1.330.388
Ontwikkelingsbudget	295.675	230.000
Interne dienstverlening	716.483	716.483
Kapitaallasten	653.618	782.014
Huisvestingskosten	181	-
Toevoeging voorziening	117.751	-
Financiële baten en lasten	29.560-	34.566-
Vrijval voorziening	47.864-	-
Totale kosten HSC	10.584.859	10.695.965
<i>Kostenverdeling</i>		
GGD Hart voor Brabant	5.153.866	5.198.720
GGD West-Brabant	3.108.570	3.127.792
RAV Brabant Midden-West-Noord	1.783.509	1.807.699
Veiligheidsregio MWB	-	-
GGD Noord- en Oost-Gelderland	538.914	561.754
Resultaat	-	-

GHOR Brabant-Noord

De GHOR Brabant-Noord is juridisch onderdeel van de GGD Hart voor Brabant en daarom een onderdeel van deze jaarrekening. De GGD en de Veiligheidsregio Brabant-Noord hebben sinds 2014 een samenwerkingsovereenkomst voor de GHOR-taken. Het is een overeenkomst *Kosten voor gemene rekening*, met daarin de verdeling van kosten en risico's tussen de deelnemers. Hierdoor is het risico van btw-heffing afgedekt.

Op basis van deze overeenkomst komt in 2015 5,1% van de totale kosten voor rekening van de GGD Hart voor Brabant. Een specificatie van de kostenverdeling staat in de volgende tabel.

	Werkelijk 2014	Begroting 2015 Primair	Begroting 2015 na wijziging	Werkelijk 2015
Totaal lasten	2.503	2.579	2.507	2.302
Totaal baten	-	45	-	-
Bedrijfsresultaat	2.503	2.534	2.507	2.302
Bijzondere baten en lasten	6	-	-	3
<i>Te verdelen kosten</i>	2.497	2.534	2.507	2.299
Besluit doeluitkering bestrijding van rampen en zware ongevallen		1.224		
Bijdrage kosten gemene rekening Veiligheidsregio Brabant-Noord (94,9%)	2.331	1.187	2.340	2.158
Bijdrage kosten gemene rekening GGD Hart voor Brabant (5,1%)	125	123	126	116
	2.456	2.534	2.466	2.274
Totaal saldo van baten en lasten	41	-	41	25
Saldo verrekening reserves	41	-	41	25
Resultaat	-	-	-	0

bedragen x € 1.000

Bureau GMV (Gezondheid, milieu en veiligheid)

De GGD'en in Zeeland en Brabant bundelen in dit bureau hun krachten op het gebied van gezondheid, milieu en veiligheid. De GGD'en verdelen de kosten van het bureau op basis van het aantal inwoners. De GGD West-Brabant is penvoerder en verwerkt het bureau GMV volledig in zijn jaarstukken. Het bureau belast de kosten belastingvrij door. Dit was mogelijk omdat de Belastingdienst het bureau zag als een besloten kring. Vanaf 2015 opereert GMV als zelfstandig belastingplichtige voor de btw.