

telefoon 071 516 33 03  
fax 071 514 67 44  
datum 4 januari 2012  
onze ref Dir/SdG/4  
betreft conceptprogramma RDOG HM 2013  
bijlage(n) 1  
e-mail sdegouw@rdoghm.nl

**RDOG**  
Hollands Midden

Regionale  
Dienst  
Openbare  
Gezondheidszorg

Aan de colleges van B&W van de gemeenten  
In de regio Hollands Midden

Geacht college,

Bijgaand ontvangt u het conceptprogramma 2013 van de RDOG Hollands Midden. Dit programma schetst op hoofdlijnen de inhoud van de drie programma's van de RDOG HM. Het benoemt de belangrijkste doelstellingen, de ontwikkelingen in het jaar 2013 en de financiële uitgangspunten.

Met nadruk wijs ik erop dat het een conceptprogramma betreft. Het zal door het Algemeen Bestuur RDOG HM worden vastgesteld op 28 maart 2012. Op basis van dit programma zal vervolgens de programmabegroting 2013 worden opgesteld, die in de periode mei-juni 2012 aan de gemeenteraden wordt voorgelegd en op 27 juni door het Algemeen Bestuur wordt vastgesteld.

Voor deze procedure is gekozen omdat de formele procedure (het uitsluitend voorleggen van de ontwerp programmabegroting aan de gemeenteraden in mei-juni) te weinig mogelijkheden biedt voor een effectieve gedachtewisseling binnen uw gemeente over de wijze waarop de RDOG Hollands Midden de door uw college aan de RDOG opgedragen taken uitvoert. Daarom doe ik u ook de suggestie om dit conceptprogramma nu al aan uw Raad voor te leggen.

Uw reactie op dit conceptprogramma zie ik voor of tijdens de AB-vergadering van 28 maart 2012 met belangstelling tegemoet. De directie is gaarne bereid binnen uw gemeente een nadere toelichting op dit conceptprogramma te komen geven.

Met vriendelijke groet,  
namens het Algemeen Bestuur van de RDOG,



J.M.M. de Gouw  
Secretaris

<b>GEMEENTE HILLEGOM</b>			
Nummer : 01070/21939			
Datum : - 9 JAN 2012			
Route :			afgedaan
Bms			



## **Conceptprogramma RDOG HM 2013**

# Concept programma RDOG HM 2013

## Inhoud

1.	Inleiding .....	3
2.	De opdracht in algemene zin .....	5
3.	Programma Veiligheid en Zorg .....	5
4.	Programma Ambulancezorg .....	6
5.	Programma Openbare gezondheidszorg .....	6
5.1	Algemene Gezondheidszorg .....	6
5.2.	Onderzoek, Beleid en Gezondheidsbevordering .....	8
5.3	Publieke Zorg voor de jeugd .....	12
5.4	Regionalisering en wijzigingen producten 2013 .....	14
6.	Uitgangspunten begroting 2013 .....	15
6.1	Contouren bezuinigingsafspraken periode 2013-2017 .....	15
6.2	Beleid indexatie 2013 .....	16
6.3	Prognose Bijdrage per Inwoner 2013 .....	17
Bijlage 1	Programma's en hun financiering en besluitvorming .....	19
Bijlage 2	Geïntegreerd overzicht aanvullende diensten RDOG .....	20



# 1. Inleiding

De RDOG Hollands Midden is een gemeenschappelijke regeling van 25 gemeenten in de regio Hollands Midden. Zij voert voor gemeenten (overgedragen) taken uit op het gebied van:

- De Wet Publieke Gezondheid
- De Wet Ambulance Vervoer
- De Wet Veiligheidsregio's
- De Wet Kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen
- Het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen
- Wet op de Lijkbezorging.

In de Wet Kinderopvang en in het 'Warenwetbesluit tatoeëren en piercen' wordt de GGD expliciet als uitvoerder genoemd. De Wet Lijkbezorging bepaalt dat de gemeente gemeentelijk lijkschouwers dient aan te wijzen. In de regio Hollands Midden zijn dit artsen van de GGD.

Dit conceptprogramma heeft met name betrekking op de drie overige wetten in de bovenstaande opsomming.

Artikel 14 van de gewijzigde Wet Publieke Gezondheid, die ingaat per 1 januari 2012, stelt in de leden 1 t/m 3 het volgende "

1. *"Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen de colleges van burgemeester en wethouders van gemeenten die behoren tot een regio als bedoeld in de Wet veiligheidsregio's, via het treffen van een gemeenschappelijke regeling zorg voor de instelling en instandhouding van een regionale gezondheidsdienst in die regio.*
2. *Bij de regeling, bedoeld in het eerste lid, wordt een openbaar lichaam ingesteld met de aanduiding: gemeentelijke gezondheidsdienst.*
3. *3. De gemeentelijke gezondheidsdienst staat onder leiding van een directeur publieke gezondheid, die wordt benoemd door het algemeen bestuur van de gemeentelijke gezondheidsdienst in overeenstemming met het bestuur van de veiligheidsregio".*

In onze regio wordt aan deze wettelijke bepalingen voldaan, zij het dat de naam van het openbaar lichaam nog niet geheel in overeenstemming is met het gestelde in lid 2.

De relatie tussen wetten en programma's is als volgt:

<b>Wettelijk kader</b>	<b>Programma</b>
Wet Veiligheidsregio's	Veiligheid en Zorg
Wet Ambulancezorg	Ambulancezorg
Wet Publieke Gezondheid & Wet Kinderopvang	Openbare Gezondheidszorg

De gemeenschappelijke regeling bepaalt dat in geval van overgedragen taken de bevoegdheden van de gemeenteraad overgaan naar het Algemeen Bestuur en de bevoegdheden van het college overgaan naar het Dagelijks Bestuur. De ontwerpbegroting RDOG HM wordt aan gemeenteraden voorgelegd met het verzoek binnen zes weken haar zienswijze op deze begroting te geven.

In de praktijk blijkt deze termijn te kort voor een effectieve gedachtewisseling. Om die reden heeft het Algemeen Bestuur besloten het conceptprogramma van enig jaar voorlopig vast te stellen in de maand december van het jaar n-2, waarna het aan de colleges van B&W wordt aangeboden met de suggestie in deze fase de gemeenteraad al bij de gedachtevorming te betrekken. Het Algemeen Bestuur stelt het conceptprogramma vervolgens vast in maart van het jaar n-1 en geeft de directie opdracht op grond van dat programma een programmabegroting op te stellen.

Door deze procedure worden gemeenten eerder en uitgebreider bij de discussie over inhoud van de

taken en de financiële kaders betrokken en zal de 6-weken-termijn als minder knellend worden ervaren.<sup>1</sup>

Gelet op de functie van dit conceptprogramma in de geschetste beleidscyclus bevat dit conceptprogramma de belangrijkste doelstellingen, de ontwikkelingen in het jaar 2013 en de financiële uitgangspunten.

In dit conceptprogramma is op dit moment nog geen rekening gehouden met de recente ontwikkelingen met betrekking tot de decentralisatie van de jeugdzorg, de overheveling van de functie begeleiding van de AWBZ naar de WMO en de decentralisatie van de Wet Werken naar Vermogen. Hiervoor zijn twee redenen. Ten eerste is nog onvoldoende helder hoe deze voornemens precies zullen uitwerken en ten tweede ligt het prerogatief voor deze onderwerpen bij de gemeenten in de regio. Pas op basis van de besluitvorming in gemeenten kan worden bepaald wat de eventuele consequenties zijn voor de RDOG HM. Dát er consequenties zullen zijn, is zeer aannemelijk gelet op hetgeen nu al over de voornemens bekend is.

---

<sup>1</sup> De RDOGHM zal de ontwerpbegroting 2013 naar verwachting toesturen rond 26 april 2012, waarmee er in de praktijk sprake is van bijna 9 weken tot de behandeling in het AB DOG HM op 28 juni 2012.



## 2. De opdracht in algemene zin

De opdracht van de RDOG HM is het bewaken, beschermen en bevorderen van de volksgezondheid van de burgers van Hollands Midden. De taken, die in het programma veiligheid en zorg worden uitgevoerd, hebben met name betrekking op de volksgezondheid van burgers in crisissituaties. De taken in het kader van het programma ambulancezorg hebben met name betrekking op acute gezondheidsproblemen, waarvoor snelle medische en verpleegkundige zorg nodig is en op de verpleegkundige en medische begeleiding van patiënten tijdens vervoer. Het programma openbare gezondheidszorg kent een breder scala aan taken en kan in de vorm van vier beoogde maatschappelijke effecten worden beschreven:

1. Het beschermen van de bevolking en van individuen tegen infectieziekten en tegen stoffen met een gezondheidsbedreigende werking;
2. Het beschermen, bewaken van de gezondheid van de bevolking met accenten gericht op kwetsbare groepen, waaronder kinderen en mensen in achterstandsituaties;
3. Het bewaken van de gezondheid van de bevolking door individuele en collectieve monitoring;
4. Het terugbrengen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen door verbeteren van integraal gezondheidsbeleid en het bevorderen van een gezonde leefstijl.

De hiervoor benodigde taken zijn in 1989 al in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid beschreven, maar uiteraard dient continue nagegaan te worden of deze taken nog effectief zijn en of nieuwe taken aan het takenpakket moeten worden toegevoegd. Dit kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van nieuwe inzichten, ontwikkelingen als de verschuiving van verantwoordelijkheden tussen rijk en gemeenten, nieuwe infectieziekten of een toename van armoede met daaraan gerelateerde problemen zoals huisuitzettingen.

In het kader van de bezuinigingen waar gemeenten worden geconfronteerd is afgelopen twee jaar het takenpakket van met name het programma openbare gezondheidszorg kritisch tegen het licht gehouden en is vastgesteld welke taken in omvang konden worden verminderd zonder dat het bijbehorende maatschappelijke effect onder een aanvaardbaar niveau komt. Dat heeft geleid tot een besluit van het bestuur tot het bepalen van afkappunten per sector. Dat besluit is uitgangspunt geweest bij de beschrijving van dit conceptprogramma 2013.

## 3. Programma Veiligheid en Zorg

Het programma 'veiligheid en zorg' wordt uitgevoerd door de GHOR. De GHOR is belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening in het kader van rampenbestrijding en crisibehersing en adviseert andere overheden en organisaties op dat gebied. De geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen is geen dagelijks staande organisatie zoals de politie of de brandweer, maar werkt volgens het principe van 'opgeschaalde reguliere zorg'. Reguliere zorgaanbieders moeten in geval van een ramp of crisis optimaal samenwerken. De GHOR is de regisseur van deze brede netwerkorganisatie.

De GHOR valt bestuurlijk onder de veiligheidsregio Hollands Midden; het GHOR-bureau maakt organisatorisch onderdeel uit van de RDOG. De GHOR vormt (daardoor) het scharnierpunt tussen veiligheid en zorg. Tijdens een ramp of crisis geeft de GHOR leiding aan deze geneeskundige hulpverleningsketen.

Daar het Algemeen Bestuur Veiligheidsregio Hollands Midden het beleid bepaalt van het programma veiligheid en zorg, zoals uitgevoerd door de sector GHOR van de RDOG is in de begroting van de gemeenschappelijke regeling Veiligheidsregio Hollands Midden het uitgewerkte programma, conform de eisen van het BBV, opgenomen.

## 4. Programma Ambulancezorg

In 2013 gaat de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (waarschijnlijk) in. De RDOG HM wordt vergunninghouder op grond van deze wet.

Het programma 'ambulancezorg' is weergegeven in het Regionaal Ambulanceplan 2007 – 2011, een Regionaal Ambulanceplan 2012 – 2017 is in voorbereiding. Kern van dit programma is een goede spreiding van ambulancevoorzieningen in de regio, het aantal beschikbare ambulances en de verdeling van deze beschikbare ambulances over dagdelen en soort dagen. Dit geheel wordt zorgvuldig gemonitord, waardoor met de beschikbare middelen optimale zorg wordt geleverd, blijkend uit een prominente plaats in de landelijke benchmark. Waar de aanrijtijd onder druk staat worden aanvullende maatregelen genomen, zoals burenhulp met andere ambulanceregio's en het toerusten van brandweer First-Responder eenheden en politiefunctionarissen met kennis en vaardigheden omtrent levensreddende handelingen en AED-apparatuur. Begin 2012 zijn de resultaten bekend van een haalbaarheidsstudie naar de invoering van 'AED alert' in de regio Hollands Midden.

Besteld vervoer staat nog steeds onder druk, omdat alle eventualiteiten in het spoedvervoer uiteindelijk hun repercussies hebben in het besteld vervoer. In overleg met de meldkamer en zorginstellingen wordt getracht het besteld vervoer zoveel mogelijk planmatig te laten plaatsvinden. Uitbreiding van capaciteit is de komende jaren slechts in beperkte mate te verwachten, op grond van het rapport Spreiding en Beschikbaarheid 2008 van het RIVM.

De financiering van het programma vindt plaats in het kader van de zorgverzekering. Nadat afgelopen jaren de financiering een heikel punt is geweest, lijkt de financiering voor de komende jaren geregeld te zijn.

## 5. Programma Openbare gezondheidszorg

Bij de beschrijving van het programma openbare gezondheidszorg wordt een stramien gebruikt, waarbij vanuit de tekst van de wet(ten) en de relevante ministeriële besluiten de producten worden benoemd (inclusief hun BPI in 2011<sup>2</sup>), de beoogde maatschappelijke effecten en de van toepassing zijnde normen, richtlijnen en protocollen.

### 5.1 Algemene Gezondheidszorg

Taakgebied	Infectieziektebestrijding (IZB)	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	College draagt zorg voor de uitvoering van de IZB, w.o. > algemene preventieve maatregelen; > bestrijden TBC en SOA-AIDS, inclusief bron- en contactonderzoek > bron- en contactonderzoek bij meldingen > adviseren burgemeester en uitvoeren maatregelen College bevordert technische hygiënezorg; GGD ontvangt legionella-meldingen en adviseert hierover	
Producten in basistakenpakket	<ul style="list-style-type: none"><li>• Infectieziektebestrijding</li><li>• TBC-bestrijding</li><li>• SOA-AIDS-bestrijding</li><li>• Technische hygiënezorg</li><li>• <b>Totaal</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>€ 1,50</li><li>€ 0,90</li><li>€ 0,60</li><li>€ 0,19</li><li><b>€ 3,19</b></li></ul>
Beoogde maatschappelijke effecten	Het verminderen van de prevalentie van infectieziekten	
Normen, richtlijnen en protocollen	Strak landelijk geprotocolleerd, normen artsen en verpleegkundigen per 100.000 inwoners	

<sup>2</sup> De BPI 2011 wordt weergegeven, omdat de BPI 2012 nog niet over de producten verdeeld. De detailbegroting 2012 wordt intern medio december vastgesteld.



### Visie en/of toelichting

Op het gebied van algemene infectieziektebestrijding wil de overheid (nog) planmatiger werken bevorderen. De draaiboeken SARS en griepvloed zijn hiervan voorbeelden en voorlopers. De overheid stelt hoge eisen aan opleiden, trainen en oefenen op dit gebied. De inspectie voor de gezondheidszorg onderzoekt jaarlijks of organisaties aan deze eisen voldoen. De komende jaren zullen ministeriële aanwijzingen worden gegeven aan GGD- en GHOR-organisaties, die hieraan niet voldoen.

Er is sprake van een grotere alertheid voor wat betreft T.B.C., legionella, hepatitis A en B en seksueel overdraagbare aandoeningen. Deze geeft een opwaartse druk op de noodzakelijke inspanningen van de GGD. Laboratoriumdiagnostiek, curatieve SOA-bestrijding en aanvullende seksualiteitshulpverlening worden aanvullend vergoed uit een landelijke regeling.

Op dit terrein zijn veel landelijke protocollen en richtlijnen van toepassing, waardoor het moeilijk is hierbinnen regionale keuzes te maken. Er wordt vanuit gegaan dat en gemonitord of iedereen deze landelijke richtlijnen en protocollen in acht neemt. Indien de inspectie tekortkomingen vast stelt, worden aanwijzingen gegeven.

De RDOG zit voor wat betreft personele capaciteit enigszins onder de norm, wat zich uit in een grote werkdruk.

Taakgebied	Medische milieukunde
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	College draagt zorg voor bevorderen medisch milieukundige zorg, die in ieder geval volgende aspecten omvat: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Signaleren ongewenste situaties;</li><li>➤ Adviseren van bevolking over risico's;</li><li>➤ Beantwoorden van vragen van bevolking en geven van voorlichting;</li><li>➤ Verrichten van onderzoek.</li></ul> College vraagt advies aan GGD voordat besluiten worden genomen met gevolgen voor volksgezondheid
Producten in basistakenpakket	Medische milieukunde € 0,66
Beoogde maatschappelijke effecten	Het voorkomen van gezondheidsklachten als gevolg van bedreigingen vanuit de fysieke omgeving, inclusief straling. Bedreigingen worden zoveel mogelijk, veelal door andere organisaties, aan de bron aangepakt
Normen, richtlijnen en protocollen	Modeltakenpakket dat 5 taakgebieden omvat en normen voor personele inzet per taakgebied

### Visie en/of toelichting

Op het gebied van medische milieukunde wordt een opwaartse druk gevoeld door het toenemende aantal klachten en vragen van burgers en gemeenten inzake het binnenmilieu en de particuliere omgeving. Ook de Wet Luchtkwaliteit en de problematiek van UMTS-masten zorgen voor een opwaartse druk op de activiteiten. Het adviseren over gezondheidsaspecten van ruimtelijke ordenings- en infrastructuurplannen wordt een speerpunt in de komende jaren, aangezien de invloed van de gebouwde omgeving op de volksgezondheid en het gedrag van burgers zeer groot is, burgers hierop steeds kritischer worden en de inspectie dit als aandachtspunt heeft geformuleerd. Dit gebeurt in goed overleg met de milieudiensten, aangezien de advisering door GGD en milieudiensten raakvlakken heeft. Voor een deel is dit een aanvullende dienst.

Het binnenmilieu op scholen staat momenteel ook in de belangstelling.

De GGD kan ingezet worden voor clusteronderzoeken; als er in een bepaald gebied veel personen zijn met overeenkomende gezondheidsklachten (leukemie, luchtwegproblemen). Dan wordt onderzocht of die klachten of problemen dezelfde oorzaak hebben.

In de begroting 2012 is een bezuiniging van 5 % opgelegd op de taken van AGZ. Dit heeft geresulteerd in de volgende keuzes:

- het afbouwen van activiteiten op het gebied van onderwijs en onderzoek Algemene infectieziektebestrijding. Financieel voordeel: € 35.000,- Stoppen met onderwijs en onderzoek betekent dat er geen nieuw artsen infectieziektebestrijding meer kunnen worden opgeleid vanuit de GGD HM en dat verzoeken om stageplaatsen niet of in mindere mate meer worden gehonoreerd. Omdat alle huidige artsen met ingang van 2012 hun opleiding hebben afgerond, levert deze maatregel op korte termijn geen onoverkomelijke bezwaren op.
- Het transformeren van de basistaak besmettingsaccidenten in een aanvullende dienst. Dit levert een besparing op van circa € 12.000,-. Maatschappelijk effect kan zijn dat instellingen minder gaan melden vanwege de kosten.
- Het rekenen van een eigen bijdrage laag-risicogroepen voor gebruik van het Soa spreekuur. Dit levert een financieel voordeel op van ongeveer € 36.000,-. Hierbij dient te worden opgemerkt dat jongeren onder de 25 gezien worden als hoog risico cliënten en dus gratis toegang houden tot het SOA spreekuur.

De financiële meerjarenplanning gaat niet uit van verdere bezuinigingen in 2013 ten opzichte van 2012, aangezien het bestuur de consequenties daarvan voor de maatschappelijke effecten onaanvaardbaar vindt.

## 5.2. Onderzoek, Beleid en Gezondheidsbevordering

Taakgebied	Epidemiologie en beleid	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aansluiting OGZ en curatieve zorg</li> <li>➤ Verwerven van inzicht in gezondheidssituatie van bevolking</li> <li>➤ T.b.v. nota's lokaal gezondheidsbeleid verzamelen en analyseren van gegevens m.b.t. de gezondheidssituatie</li> <li>➤ Gezondheidsonderzoek bij rampen</li> <li>➤ Bewaken van gezondheidseffecten bij bestuurlijke beslissingen</li> </ul>	
Producten in basistakenpakket (BPI kan tussen subregio's enigszins variëren)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advisering lokaal gezondheidsbeleid</li> <li>• Epidemiologie</li> </ul> <p><b>Totaal</b></p>	<p>€ 0,27</p> <p>€ 0,53</p> <p><b>€ 0,80</b></p>
Beoogde maatschappelijke effecten	Gefundeerde basis bieden voor beleid, dat gericht is op bescherming, bewaking en bevordering van gezondheid, ook in geval van rampen	
Normen, richtlijnen en protocollen	Gezondheidspelling iedere 4 jaar (jongeren, volwassenen, ouderen, specifieke doelgroepen); Gestandaardiseerde vragenlijst t.b.v. landelijke aggregatie; Lokale nota's gezondheidsbeleid iedere vier jaar	



### Visie en/of toelichting

Gegevens zijn de basis voor beleid. Elke vier jaar worden gezondheidspeilingen uitgevoerd onder respectievelijk jongeren, volwassenen en ouderen in de regio Hollands Midden. Deze informatie vormt de basis van voor de nota's lokaal gezondheidsbeleid van de gemeenten. In 2012 zal volgens landelijke afspraken een monitor onder volwassenen en ouderen worden uitgevoerd. De verwachting is dat in 2013 landelijk door alle GGD'en in samenwerking met het RIVM en CBS een peiling onder jongeren wordt gehouden.

In 2010 hebben de gemeenten de rapportages Regionale Volksgezondheids Toekomstverkenningen (r-VTV's) ontvangen. In aanvulling daarop verschenen in 2011 de publicaties Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid en is op de website van de GGD onder de menuknop Gezonde Gemeente actuele informatie te vinden over landelijk en regionaal gezondheidsbeleid, waaronder maatregelen en GGD-interventies. Op basis hiervan kunnen gemeenten prioriteiten aangeven in hun lokaal gezondheidsbeleid.

Actuele gezondheidsgegevens, veelal per gemeenten, zijn daarnaast online beschikbaar via [www.gezondheidsatlashollandsmidden.nl](http://www.gezondheidsatlashollandsmidden.nl).

Ook in 2012 en 2013 biedt de GGD de gemeenten op velerlei manieren beleidsondersteuning bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van de nota's lokaal gezondheidsbeleid.

Taakgebied	Gezondheidsbevordering en publieksinformatie	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor gezondheidsbevordering</li> <li>➤ In stand houden structuur voor samenwerking tussen instellingen die taken vervullen op het gebied van gezondheidsbevordering</li> <li>➤ Beantwoorden vragen bevolking en geven voorlichting</li> </ul>	
Producten in basistakenpakket (BPI kan tussen subregio's enigszins variëren) * ook via centrumgemeente /doeluitkering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatie- en documentatiecentrum</li> <li>• Digitale sociale kaart (<i>alleen in ZHN</i>)</li> <li>• Gezondheidsbevordering 18 plus</li> <li>• Verslavingspreventie</li> <li>• <b>Totaal</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>€ 0,18</li> <li>€ 0,38</li> <li>€ 0,33</li> <li>€ 0,18 *</li> <li><b>€ 1,07</b></li> </ul>
Beoogde maatschappelijke effecten	<p>Het bevorderen van de gezondheid van burgers door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Het bevorderen en behouden van gedragsverandering bij burgers t.a.v. een gezonde leefstijl met als resultaat gezondheidswinst en reductie in zorg- en maatschappelijke kosten</li> <li>○ Het bevorderen van preventie in de zorg</li> <li>○ Het bevorderen en faciliteren van samenwerkingsverbanden / netwerken op de verschillende speerpunten van het Rijk</li> <li>○ Het geleiden van burgers naar adequate zorg</li> </ul>	
Normen, richtlijnen en protocollen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Speerpunten uit nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' van VWS</li> <li>▪ Toetsingskader van inspectie</li> </ul>	



### Visie en/of toelichting

Onderzoek waaruit blijkt dat burgers uit de lagere sociaal-economische groepen gemiddeld 7 jaar eerder overlijden en 12 jaar meer gezondheidsproblemen ervaren en het gegeven dat het verschil de afgelopen jaren groter is geworden, heeft ons met de neus op de feiten gedrukt. Mensen uit de lagere sociaaleconomische groep hebben 50% meer kans om vóór hun 65<sup>ste</sup> te overlijden!.

Gezondheidsbevordering wordt gefaciliteerd door een actief beleid van de Rijksoverheid, vanuit de gedachte dat preventie de toekomstige kosten van de gezondheidszorg zal beperken. Betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid moet leiden tot meer effect. De rijksnota onderscheidt vijf speerpunten: overgewicht, roken, diabetes, schadelijk alcoholgebruik en depressie. Het regionale en gemeentelijke (lokale) gezondheidsbeleid zal, mede op basis van epidemiologische gegevens, bij deze thema's aansluiten. Risicofactoren waar de GGD in dit verband in de gehele regio Hollands Midden preventieprogramma's voor aanbiedt zijn: voeding en bewegen, verslavingspreventie onder jeugdigen/algemeen publiek/ouderen (waaronder alcoholmisbruik) en preventie psychosociale problematiek onder de doelgroep ouderen en jeugdigen. Uitgangspunt is dat de GGD uitsluitend programma's uitvoert of adviseert, die evidence-based zijn, voor zover voorhanden. Er zijn inmiddels samenwerkingsverbanden of themanetwerken gevormd op de terreinen 'bewegen', 'alcohol', roken en 'depressiepreventie'.

In 2006 is een landelijke digitale sociale kaart gerealiseerd. Deze sociale kaart wordt in de regio Zuid-Holland Noord door de GGD beheerd. Het datamodel van deze landelijke sociale kaart maakt het mogelijk gegevens hierin op te nemen ten behoeve van de WMO en de gemeentelijke rampenorganisatie. De meeste aanbieders van regionale en lokale applicaties maken van deze landelijke sociale kaart gebruik. Een applicatie voor de Centra voor Jeugd en Gezin is inmiddels beschikbaar.

De invulling van de nieuwe wettelijke taak "bevorderen van de gezondheid van ouderen" is nog niet uitgekristalliseerd en wordt meegenomen in het adviestraject t.a.v. de opstelling van lokale nota's gezondheidsbeleid.

Taakgebied	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	WMO, prestatievelden 7, 8 en 9	
Producten in basistakenpakket (BPI kan tussen subregio's enigszins variëren) * 100% rijksbijdrage	<ul style="list-style-type: none"><li>• OGGZ preventie en beleid</li><li>• Meldpunt Zorg en Overlast</li><li>• Steunpunt Huiselijk geweld</li></ul> <b>Totaal</b>	€ 0,45 € 0,55 € 0,45 * <b>€ 1,45</b>
Beoogde maatschappelijke effecten	Het voorkomen van maatschappelijke uitsluiting en het bevorderen van maatschappelijk herstel/voorkomen van terugval van sociaal kwetsbare burgers	
Normen, richtlijnen en protocollen		

### Visie en/of toelichting

De WMO geeft de gemeenten mogelijkheden om de OGGZ vorm te geven in samenhang met de andere Wmo-prestatievelden. De uitdaging is de meest kwetsbare groepen in beeld te krijgen en te bereiken. De GGD ondersteunt de gemeenten hierbij met het Meldpunt Zorg en Overlast, de tweejaarlijkse uitgave van de Monitor OGGZ, Steunpunt Huiselijk Geweld Hollands Midden en beleidsadvisering o.a. via het Platform OGGZ.

De belangrijkste risicofactoren voor sociale uitsluiting zijn een gering psychisch welbevinden, een slechte lichamelijke gezondheid, een laag inkomen en werkloosheid. Naarmate er meer risicofactoren worden gecombineerd, wordt het risico op, of de mate van, sociale uitsluiting steeds groter. De GGD heeft de risicogroepen sociale uitsluiting per gemeente in kaart gebracht ([www.ggdhm.nl](http://www.ggdhm.nl)). Door wijzigingen in de extramuraal begeleiding vanuit de AWBZ krijgen gemeenten vanaf 2013 ook te maken met nieuwe doelgroepen sociaal kwetsbaren die een beroep op de WMO kunnen doen. Door de bezuinigingen die momenteel worden ingevuld of voorbereid (eigen bijdrage maatregel GGZ, kortingen op jeugdzorg, passend onderwijs, pgb, sociale werkvoorziening en Wajong uitkering) kan de meest kwetsbare groep burgers verder in de problemen raken, hetgeen kan leiden tot een toename van zorgmijders. Dit brengt voor gemeenten hogere kosten OGGZ en maatschappelijk opvang met zich mee.

Vroegtijdige signalering en tijdige aanpak van problemen kan (verergering van) problemen voorkomen. Het Meldpunt Zorg en Overlast vervult hierin een belangrijke rol. Signalen worden opgepakt en kwetsbare burgers worden toegeleid naar zorg. Hierin wordt samengewerkt met de (lokale) zorgverleners. Binnen het product OGGZ, preventie en beleid wordt op beleidsmatig niveau samengewerkt met betrokken organisaties om de maatschappelijke uitsluiting van burgers in de regio Hollands Midden te minimaliseren. Hierbinnen is speciale aandacht voor depressiepreventie en het versterken van het sociale netwerk van kwetsbare burgers via het maatschappelijk steunsysteem.

Hoewel het Dagelijks Bestuur zich heeft uitgesproken dat er op dit terrein geen bezuinigingen dienen plaats te vinden is dit voor de subregio Midden Holland wel het geval door een korting vanuit de Doeluitkering maatschappelijk opvang en verslavingszorg. De beleidsfunctie is geminimaliseerd ten behoeve van de uitvoerende capaciteit van het Meldpunt Zorg en Overlast in Midden Holland.



### 5.3 Publieke Zorg voor de jeugd

Taakgebied	Jeugdgezondheidszorg
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	Gemeenten zijn op basis van de Wet Publieke Gezondheid verantwoordelijk voor de JGZ. Het JGZ aanbod is vastgelegd in het Basistakenpakket (BTP), dat wettelijk zijn beslag heeft gekregen in het Besluit Publieke Gezondheid . Het uniforme deel van het BTP bestaat uit werkzaamheden die gestandaardiseerd en aan alle kinderen moeten worden aangeboden. Daarnaast wetgeving en beleid op het gebied van digitaal dossier (DDJGZ), Verwijsindex/Jeugdmatch, Inspectie kinderopvang en centra voor Jeugd en gezin (WMO prestatieveld 2)
<p>Producten, afgeleid van de Wet Publieke Gezondheid</p> <p>De BPI tussen de subregio's is nog niet gelijk. De BPI wordt beïnvloed door implementatiekosten DDJGZ en verschillen in de uitvoering van producten.</p> <p>De totale BPI JGZ 0-19 bedraagt in de regio MH circa € 25,35<sup>3</sup>. De totale BPI JGZ 0-19 bedraagt in de regio ZHN circa €20 ,55.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prenatale zorg</li> <li>• Contactmomenten 0-19 jaar</li> <li>• Extra zorg/risicokinderen</li> <li>• Basiszorg kwetsbare kinderen</li> <li>• Zorgcoördinatie (1Gezin1Plan)</li> <li>• Rijksvaccinatieprogramma</li> <li>• Gezondheidsbevordering en opvoedingsondersteuning</li> <li>• Gezondheidsbedreigingen</li> <li>• Inspectie kinderopvang</li> </ul>
Beoogde maatschappelijke effecten	<p>Het bewaken, bevorderen en beschermen van de lichamelijke en psychische gezondheid en de sociale ontwikkeling van alle jeugdigen in Hollands Midden. Alle kinderen zijn in beeld en (op) tijd voor elk kind.</p> <p>Het uniforme deel van het Basistakenpakket van de Jeugdgezondheidszorg telt inmiddels 38 interventies waarvan de effectiviteit bewezen is. Van de overige taken is zeer aannemelijk dat ze effectief zijn maar dit moet nog door onderzoek worden bevestigd.</p>
Normen, richtlijnen en protocollen	WPG en Wet Kinderopvang, alsmede besluit basistakenpakket jeugdgezondheidszorg en richtlijn Contactmomenten (vaste tijdstippen in de ontwikkeling van het kind waarop JGZ een consult moet afnemen).Zie verder tekst van de Wet.

<sup>3</sup> Zie de indicatieve meerjarenbegroting in de begroting 2012. De inhoud van het pakket verschilt enigszins tussen de subregio's. Meest omvangrijke verschil is de BPI a €3,32 t.b.v. preventieve logopedie in de subregio MH. Daarnaast wordt o.a. verschillend omgegaan met BKK, prenatale zorg, kosten maatwerk JGZ, kosten huisvesting en kosten ICT voor de perifere locaties.

### *Visie c.q. toelichting*

Binnen de JGZ zijn een aantal belangrijke, deels overlappende onderwerpen voor de komende jaren te onderscheiden:

- Vanaf 2013 heeft PZJ dezelfde producten in het basistakenpakket in de beide subregio's. De uitdaging is om verder te harmoniseren en verschillen in werkwijzen weg te nemen.
- Het verder ontwikkelen van Centra voor Jeugd en Gezin en de discussies in dit kader over de rol van de JGZ 0-19 jaar daarin, de bijbehorende taakherschikking en de uitbreiding van de doelgroep naar -9 maanden tot 23 jaar.
- De integratie van de JGZ 0-4 jaar en JGZ 4-19 jaar tot één uitvoeringsorganisatie JGZ 0-19 jaar in heel de regio Hollands Midden; En de harmonisatie van de producten en organisatie van PZJ ZHN en PZJ MH tot een sector PZJ Hollands Midden in 2015 in het kader van regionalisering
- De realisatie en verbetering van het huidige Digitaal Dossier JGZ en de ontwikkeling van een regionaal jeugdossier.
- Aansluiting op de lokale, regionale dan wel landelijke verwijzindex risicojongeren (JeugdMATCH). Het beheer van JeugdMATCH is door de gemeenten in de regio HM aan de GGD opgedragen;
- De zorg en zorgcoördinatie voor kwetsbare kinderen, waaronder de Basiszorg voor Kwetsbare Kinderen in de regio Zuid-Holland Noord en de verdere implementatie van 1Gezin1Plan.
- Flexibilisering en integratie van het basistakenpakket JGZ 0-19 jaar en de ontwikkeling van JGZ naar Publieke Zorg (Public Health) voor de Jeugd (PZJ).
- Aansluiting van de ontwikkeling van Publieke Zorg voor de Jeugd op die van het Passend Onderwijs.
- Het verbinden van gezondheidsbevorderende activiteiten met betrekking tot jeugdigen met de buurt, in samenhang met CJG.
- Aansluiting op de stelselherziening Jeugdzorg in samenhang met de verdere ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin.
- Het verbinden van de aanpak kleinschalige calamiteiten (product gezondheidsbedreigingen in 1/2<sup>e</sup> milieu) en crisissituaties met de nieuwe GROU/OTO ontwikkeling.

De boven genoemde onderwerpen hebben met elkaar gemeen dat de JGZ 0-19 door haar publieke functie - om op tijd elk kind met risicofactoren op te sporen en door het feit dat zij alle kinderen in beeld dient te houden - de ruggengraat vormt van de Centra voor Jeugd en Gezin en schakel met onderwijs (primair, voortgezet en speciaal), kinderopvang, dorp/wijk en curatieve gezondheidszorg (huisartsen, kinderartsen en jeugdGGZ). Wat betreft dit laatste streeft de PZJ ernaar dat de jeugdartsen functie doorontwikkeld wordt. Landelijk is al afgesproken tussen Zorgverzekeraars en de KNMG en landelijke Vereniging van Huisartsen om direct inschakelen van gespecialiseerde gezondheidszorg direct en niet altijd via de huisarts (wel met medeweten) te realiseren.

### *Preventieve Logopedie*

In het kader van het Besluit Jeugdgezondheidszorg wordt momenteel op landelijk niveau bezien welke kaders moeten worden geformuleerd voor de screening op taal-spraakstoornissen. Er komt een nadere richtlijn van TNO. Daarnaast vraagt de verschuiving naar het ontdekken van stoornissen van de spraak- en taalontwikkeling op jongere leeftijden om een herijking van het product logopedie. Logopedie levert een bijdrage aan de voor- en vroegschoolse ontwikkeling, voor gemeenten belangrijk in het kader van de wet OKE. Op dit gebied worden eerste pilot projecten uitgevoerd door de JGZ. Ook dient de preventieve logopedie een plaats te krijgen in de interdisciplinaire zorg voor het kind en gezin in de Centra voor Jeugd en Gezin. In 2012 zullen naar verwachting de eerste proefprojecten interdisciplinaire zorg op de Centra Jeugd en Gezin uitgevoerd gaan worden, waarbij ook de logopedie wordt betrokken.

Vanaf 2010 tot 2015 is er in de begroting een bezuiniging/taakstelling opgelegd aan PZJ van € 600.000,= per jaar als bijdrage in de kosten van implementatie DDJGZ (alleen MH) en de



integratiekosten met JGZ 0-4 jaar (beide subregio's). Het is in 2010 en 2011 gelukt om middels efficiencyvoordelen door samenwerking tussen de subregio's deze taakstelling te behalen.

De sector PZJ streeft ernaar de inkomsten te verhogen door nieuwe taken uit te voeren, zoals de coördinatie van het CJG, de uitvoering van de balietaken van het CJG en regionale coördinatie taken voor Jeugdmatch en regionale netwerken.

In de uitvoering van het Basistakenpakket kan niet gesneden worden, maar wel geflexibiliseerd binnen de ruimte die de inspectie daarvoor biedt. Bezuinigen op de extra zorg en zorgcoördinatie is onwenselijk omdat hiervan de beste resultaten verwacht mogen worden om de toestroom naar duurdere 2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> lijnszorg te verminderen en omdat de maatschappelijke gevolgen hiervan onaanvaardbaar zijn..

## 5.4 Regionalisering en wijzigingen producten 2013

Het regionaal werken per 1 januari 2015 levert besparingen op in de concernoverhead, in de sectoroverhead en bij bepaalde producten. Enkele bezuinigingsvoorstellen die door de sectoren zijn gedaan voor de jaren 2012 en 2013 anticiperen al op dit regionaal werken per 2015. Bij het vaststellen van het plan van aanpak van de taakstellingsopdracht is ook als voorwaarde opgenomen dat de voorstellen vanuit de subregio's moeten bijdragen aan de harmonisatie.

Er moet nog wat fine-tuning plaatsvinden binnen de GGD producten, maar op hoofdlijnen is duidelijk waar precies de verschillen zitten tussen de basispakketten van de subregio's. De oorzaken van die verschillen zullen worden onderzocht. Op grond daarvan moet worden bepaald hoe met die verschillen wordt omgegaan.

Die verschillen kunnen ook richtinggevend zijn in de discussie over bezuinigingen, aangezien een milder scenario in de ene subregio kan worden gecombineerd met een iets minder mild scenario in de andere subregio, teneinde een vergelijkbare BPI te krijgen op het moment dat sprake is van regionale producten.

De implementatie van het regionaal werken kan ook consequenties hebben voor de termijn waarop bepaalde interne producten kunnen worden verminderd. Dit betreft onder andere de interne producten 'bestuursondersteuning MH' en 'operationeel beleid MH'.

Voor de werkzaamheden van de GGD in 2013 zijn de volgende aandachtspunten van belang.:

- ❖ GGD Rampen Opvang Plan (GROP) als apart begrotingsproduct;
- ❖ Calamiteitenteam expliciet in de begroting opnemen zonder wijziging in de BPI;
- ❖ Toewerken naar Basiszorgcoördinatie Kwetsbare Kinderen in beide regio's;
- ❖ De wijze waarop de wettelijke taak prenatale zorg / voorlichting vorm wordt gegeven;
- ❖ Aandeel logopedie in basistakenpakket.
- ❖ Vooruitblik naar de afspraken mbt het maatwerk JGZ 0-4 jaar.
- ❖ BOPZ online in de BPI
- ❖ Financiering product Huiselijk geweld
- ❖ Financiering product Verslavingspreventie
- ❖ Invulling digitale sociale kaart

Voor deze onderwerpen zullen in 2012 nadere voorstellen worden ontwikkeld, gericht op harmonisatie van de betreffende onderwerpen in beide subregio's. Het Algemeen Bestuur heeft vastgesteld dat de aard en omvang van de verschillen tussen subregio's niet dusdanig zijn dat ze het besluit in de weg staan om vanaf 2015 alle producten op regionale schaal te organiseren, met één BPI voor alle gemeenten<sup>4</sup>, met mogelijkheden voor aansluiting bij relevante subregionale netwerken en initiatieven en met de mogelijkheid om subregionaal of lokaal maatwerk te bieden.

<sup>4</sup> Dit geldt niet bij voorbaat voor de financiering van de JGZ 0-4 jaar, waarvoor nog een voorstel voor harmonisatie moet worden ontwikkeld.

## 6. Uitgangspunten begroting 2013

De onderstaande beschrijving beperkt zich tot de begroting van het programma openbare gezondheidszorg. De kosten van het programma ambulancezorg worden gefinancierd door zorgverzekeraars, de begroting van het programma veiligheid en zorg bereikt u via de ontwerpbegroting van de gemeenschappelijke regeling Regionale Brandweer en GHOR Hollands Midden.

### 6.1 Contouren bezuinigingsafspraken periode 2013-2017

In 2011 heeft de RDOG HM bezuinigingsscenario's uitgewerkt voor de gemeentelijke bijdrage aan de RDOGHM. Op basis hiervan heeft het bestuur afkappunten per sector vastgesteld en is de begroting 2012 uitgewerkt. De besluitvorming betreft niet alleen de nominale bedragen, maar ook de manier waarop de bezuinigingen 2012 worden ingevuld.

Ook voor de periode na 2012 wordt een verdergaande bezuiniging voorgesteld.

1. In de **periode 2013 – 2014** ziet het bestuur drie mogelijkheden voor bezuinigingen:
  - a. Een bezuiniging van € 0,25 op de BPI voor de taak JGZ 4-19 jaar in de regio Zuid-Holland Noord (circa € 130.000,-). Aan de invulling van deze bezuiniging wordt momenteel door de sector gewerkt.
  - b. Het omzetten van logopedie van basistaak in aanvullende dienst in de regio Midden-Holland. Hiermee neemt de Bijdrage per Inwoner met € 3,32 af (totaalbedrag € 790.000,-). De frictiekosten, die ontstaan door afbouw van deze functie zijn aanzienlijk, maar hangen uiteindelijk af van de mate waarin gemeenten logopedie als aanvullende dienst blijven afnemen, gefinancierd uit andere middelen.
  - c. Forse bezuinigingen op de sector OBG tot het geformuleerde afkappunt van 8 - 10% (circa € 95.000, te weten € 52.000,- ZHN en € 43.000,- MH).
2. Voor de regio Zuid-Holland Noord houdt het bestuur vast aan het eerdere besluit om in 2014 op de BPI exclusief de JGZ 0-4 jaar 5% bezuinigd te hebben.
3. In de periode 2015 – 2017 ziet het bestuur mogelijkheden voor een efficiencyslag als gevolg van het regionaal werken en voor mogelijkheden tot bezuinigingen op de sector Publieke Zorg voor de Jeugd. De sector PZJ moet met deze bezuinigingen in de periode 2011 – 2015 een bedrag van € 2,3 miljoen euro aan integratie en frictiekosten terugverdienen. Voor 2013 gaat het om een bedrag van ongeveer €600.000.

In de brief aan de colleges van 8 april 2011 is dit standpunt van het AB verwoord. Samengevat is de boodschap driedelig:

1. Het bestuur heeft per product bepaald welke reducties nog verantwoord zijn en heeft op grond daarvan afkappunten per sector vastgesteld. Verdere reductie leidt naar de mening van het bestuur tot onaanvaardbare maatschappelijke consequenties in de context van de wettelijke opdracht van gemeenten en GGD.
2. De reducties leiden tot een volumekorting op de beïnvloedbare kosten van circa 10% in 2017. Daarmee komt de GGD in de buurt van het percentage dat door de werkgroep 'financieel kader gemeenschappelijke regelingen' (werkgroep Strijk) is voorgesteld, zij het dat de bezuinigingen niet in 2013, maar pas in 2017 worden gerealiseerd. Reden hiervan is dat in de periode 2011 – 2015 een bedrag aan frictiekosten 'integratie JGZ 0-4 jaar' van € 2,3 miljoen euro moet worden 'inverdiend' en dat het regionaal werken pas in 2015 kan worden geëffectueerd.
3. De stijging van de loonkosten zal de komende jaren in de begroting worden verwerkt conform de methodiek van de werkgroep Strijk. Deze stijging kan echter niet worden gecompenseerd door een verdere reductie in het volume van de taken, omdat de bodem daarvan al bereikt is met de nu voorziene reducties.



Gemeenten hebben verschillend op dit standpunt gereageerd. Van acht gemeenten is een reactie binnengekomen, in 11 andere gemeenten is een presentatie gegeven in een vergadering van raad of commissie.

De reacties variëren. Enkele gemeenten stellen vast dat met de huidige bezuinigingen de kwaliteit van de dienstverlening al te veel geweld wordt aangedaan en zien de huidige bezuinigingen dan ook als een absoluut maximum. Andere gemeenten stellen hun eigen financiële kaders als uitgangspunt en constateren dat de voorstellen hieraan niet of niet geheel voldoen.

Het Algemeen bestuur heeft kennis genomen van de reacties tot nu toe, maar ziet geen andere mogelijkheid dan vast te houden aan haar eerder genomen besluiten, vanwege de eerdergenoemde onaanvaardbare maatschappelijke effecten in geval van verdergaande bezuinigingen. Voor de inhoudelijke argumentatie verwijst het bestuur naar haar brief van 8 april 2011, inclusief de bijlagen.

## 6.2 **Beleid indexatie 2013**

Het Algemeen bestuur van de RDOG HM heeft voor wat betreft de indexering en de nacalculatie de werkgroep Strijk te volgen, evenals de overige vier Gemeenschappelijke regelingen in de regio Hollands Midden (GR'en). Vanuit het Dagelijks Bestuur is aangedrongen op een uniforme en praktische werkwijze voor de vijf betrokken GR'en. In het ambtelijk overleg met de werkgroep Strijk is op 21 september 2011 ter zake van de nacalculatie een praktische oplossing opgesteld. De nacalculatie wordt bepaald op basis van het verschil tussen de percentages in de septembercirculaires van de jaren N-2 versus N-1 jaar. De eerste nacalculatie heeft betrekking op het begrotingsjaar 2012. Dit is in navolgende tabel uitgewerkt. De RDOG HM heeft in de begroting 2012 echter een lagere index voor de BPI heeft gehanteerd, namelijk 1,70 % ten opzichte van 2,00 % van de werkgroep Strijk, daar de richtlijnen van deze werkgroep eerst beschikbaar kwamen na het versturen van de ontwerpbegroting 2012 aan de gemeenteraden. Derhalve wordt dit verschil van 0,3 % eveneens in 2013 gecorrigeerd. Dit betekent voor de index van het jaar 2013 het volgende:

### Index begroting 2013 Gemeenschappelijke Regelingen

Index begroting 2013 Gemeenschappelijke Regelingen	<b>1,96%</b>
Correctie lagere index RDOG HM 2012 (2,00% -1,70%)	0,30%
Index RDOG HM na correctie index 2012	<b>2,26%</b>

De correctie lagere index 2012 is derhalve een nacalculatie over 2012, omdat de werkgroep Strijk uitgaat van 2% en in de begroting maar 1,7% is opgenomen.

De kosten van de huisvesting en automatisering JGZ 0-4-jarigen worden eveneens met het percentage van 2,26 % verhoogd.

De index voor de loonkosten JGZ 0-4-jarigen wordt in 2012 nog bepaald door de Overheidsbijdrage aan de arbeidsontwikkeling (OVA) 2012 van de Brede Doeluitkering (BDU) Centra voor Jeugd en Gezin. Deze index wordt bekend gemaakt in het Centraal Economisch Plan (CEP 2012) in maart 2012. Vooralsnog wordt gerekend met het OVA-percentage 2011 van 1,92 %, welk percentage ook in de begroting 2012 is gehanteerd.

Voor het programma Veiligheid en zorg geldt deze correctie van 0,30 % niet en wordt derhalve de index van 1,96 % toegepast.

Het programma Ambulancezorg hanteert de voorgeschreven index van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).



De meerjarenbegroting over de periode 2013-2016 wordt, conform de voorschriften van de werkgroep Strijk weergegeven op basis van constante prijzen. In de bijlagen worden de meerjarenbegrotingen van de drie programma's en het totaal daarvan in lopende prijzen weergegeven.

### 6.3 Prognose Bijdrage per Inwoner 2013

In onderstaande tabel zijn alle wijzigingen doorgevoerd op de bijdrage per inwoner.

<b>Zuid-Holland Noord</b>								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
AGZ	4,00	4,00	3,80	3,80	3,80	3,74	3,74	3,74
Lijkschouw en HV-online	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31
BOPZ-online				0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Saldering risico-opslag	-	-0,35	-0,15	-0,15	-0,15	-	-	-
OBG	3,37	3,37	3,26	3,14	3,14	3,13	3,13	3,13
<b>AGZ + OBG</b>	<b>7,68</b>	<b>7,33</b>	<b>7,22</b>	<b>7,20</b>	<b>7,20</b>	<b>7,28</b>	<b>7,28</b>	<b>7,28</b>
* PZJ 4-19	8,77	8,77	8,77	8,65	8,53			
* DDJGZ	0,99	1,08	1,08	1,08	1,08			
* PZJ 0-4 +)		10,70	10,15	10,21	10,20			
<b>PZJ totaal</b>	<b>9,76</b>	<b>20,55</b>	<b>20,00</b>	<b>19,94</b>	<b>19,81</b>	<b>19,05</b>	<b>18,84</b>	<b>18,83</b>
<b>Totaal exclusief index</b>	<b>17,44</b>	<b>27,88</b>	<b>27,22</b>	<b>27,14</b>	<b>27,01</b>	<b>26,33</b>	<b>26,12</b>	<b>26,11</b>
OVA-middelen			0,21	0,41	0,62	0,82	1,03	1,23
Loon- en prijscompensatie			0,26	0,64	1,02	1,35	1,70	2,05
<b>Totaal BPI</b>	<b>17,44</b>	<b>27,88</b>	<b>27,69</b>	<b>28,19</b>	<b>28,65</b>	<b>28,50</b>	<b>28,85</b>	<b>29,39</b>
Huisvestingskosten JGZ		2,11	2,14	2,24	2,24	2,32	2,37	2,42
Automatiseringskosten			0,54	0,49	0,50	0,51	0,52	0,53
<b>Totaal kosten</b>			<b>30,37</b>	<b>30,92</b>	<b>31,39</b>	<b>31,33</b>	<b>31,74</b>	<b>32,34</b>
BPI vergelijking t.o.v. 2009	16,45	16,10	15,99	15,75	15,63	15,56	15,56	15,56
+) Naderhand vindt nog een correctie naar kindprijs plaats. Deze bedraagt in 2012 € 0,08 per inwoner.								
<b>Midden Holland</b>								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
AGZ	4,00	4,00	3,80	3,80	3,80	3,74	3,74	3,74
Lijkschouw en HV-online	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31
BOPZ-online				0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
OBG	3,56	3,58	3,40	3,22	3,22	3,13	3,13	3,13
<b>AGZ + OBG</b>	<b>7,87</b>	<b>7,89</b>	<b>7,51</b>	<b>7,43</b>	<b>7,43</b>	<b>7,28</b>	<b>7,28</b>	<b>7,28</b>
* PZJ 4-19	11,13	11,18	11,18	7,86	7,86			
* PZJ 0-4	14,11	14,17	14,17	14,17	14,17			
<b>PZJ totaal</b>	<b>25,24</b>	<b>25,35</b>	<b>25,35</b>	<b>22,03</b>	<b>22,03</b>	<b>19,56</b>	<b>19,36</b>	<b>19,36</b>
<b>Totaal exclusief index</b>	<b>33,11</b>	<b>33,24</b>	<b>32,86</b>	<b>29,46</b>	<b>29,46</b>	<b>26,84</b>	<b>26,64</b>	<b>26,64</b>
OVA-middelen			0,27	0,54	0,82	1,07	1,32	1,55
Huisvestingskosten JGZ	2,15	2,17	2,19	2,24	2,29	2,32	2,37	2,42
Loon- en prijscompensatie			0,30	0,64	0,98	1,35	1,70	2,05
<b>Totaal BPI</b>	<b>35,26</b>	<b>35,41</b>	<b>35,62</b>	<b>32,88</b>	<b>33,55</b>	<b>31,58</b>	<b>32,03</b>	<b>32,66</b>

#### Kanttekeningen BPI

- De regel 'totaal exclusief index' bevat de BPI op grond van constante prijzen.
- De bijdrage huisvesting JGZ in de tabel is voor beide subregio's een benadering. In de regio ZHN wordt afgerekend op basis van de werkelijke kosten per gemeente. De BPI in de laatste regel is dan ook uitsluitend toegevoegd ten behoeve van de vergelijking met de BPI 2009. In de regio MH wordt er afgerekend conform de afspraken uit de BC MH van 29 juni 2011 (overgangstraject naar doorbelasting werkelijke kosten per gemeente).
- In ZHN wordt de werkelijke bijdrage JGZ 0-4 jaar berekend d.m.v. een vereveningssysteem. Dit waarborgt dat de gemeenten niet meer betalen voor de JGZ 0-4 tgv het gebruiken van een andere verdeelsleutel in de begroting RDOG HM (BPI) dan bij de thuiszorg tot 2010 gebruikelijk was (rekenprijs per kind 0-4 jaar). De correctie in 2012 betreft € 0,08, voor 2013 gaat het om € 0,03.

- Er bestaat een verschil in de toerekening van ICT kosten per CB locatie aan gemeenten tussen de beide subregio's. In ZHN wordt een vast bedrag per locatie gefactureerd. In MH is deze bijdrage opgenomen in de BPI JGZ 0-4 jaar.

Daarmee zijn de belangrijkste contouren van de begroting 2013 weergegeven. De formele opdracht tot het opstellen van de begroting wordt door het AB gegeven in de vergadering van 29 maart, nadat dit programma is vastgesteld.

## Bijlage 1 Programma's en hun financiering en besluitvorming

De RDOG kent drie sectoren die ieder een eigen programma hebben:

- I. Het programma **veiligheid en zorg** voor de sector geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen (GHOR), bestaande uit het GHOR-bureau. Dit programma bereikt u langs twee wegen, aangezien het formeel wordt vastgesteld door het Algemeen Bestuur van de Gemeenschappelijke Regeling Veiligheidsregio Hollands Midden. De uitvoering van het programma wordt vervolgens door middel van een dienstverleningsovereenkomst opgedragen aan de RDOG. Het budget dat hiervoor beschikbaar is wordt eveneens bepaald door het Algemeen Bestuur van de Veiligheidsregio Hollands Midden. In de begroting van de RDOG worden de kosten van het bureau opgenomen, aan de inkomstenkant wordt het budget weergegeven dat wordt ontvangen via de GR Veiligheidsregio Hollands Midden. Via de begroting van de RDOG wordt geen bijdrage per inwoner in rekening gebracht.
- II. Het programma **ambulancezorg**, dat wordt uitgevoerd door de sector Regionale Ambulancedienst (RAD). De kosten dit programma worden gefinancierd door zorgverzekeraars op basis van richtlijnen van het NZa. Via de begroting van de RDOG wordt geen bijdrage per inwoner in rekening gebracht.
- III. Het programma **openbare gezondheidszorg** voor de sector GGD, met een regionaal programmadeel voor de regio Hollands Midden en subregionale programmadelen voor de subregio's Zuid-Holland Noord en Midden-Holland. Voor het regionale programmadeel wordt iedere gemeente in de regio een gelijke bijdrage per inwoner in rekening gebracht, voor het subregionale programmadeel geldt dit voor iedere gemeente in de subregio.

## Bijlage 2 Geïntegreerd overzicht aanvullende diensten RDOG

Onderstaande lijst is opgesteld op basis van het aanbod 2012, waarbij de wijzigingen die voorzienbaar zijn op basis van dit concept programma zijn verwerkt

Vanwege het verschil in breedte van de opdracht van de gemeenten, worden sommige producten in de subregio Zuid-Holland Noord als aanvullende dienst gezien, terwijl ze in Midden-Holland als onderdeel van het basistakenpakket worden beschouwd.

Ook kan het voorkomen dat de omvang van enkele projecten in één subregio zodanig is dat deze apart worden vermeld, maar dat de vergelijkbare activiteiten in de andere subregio zijn geadministreerd onder "overige projecten".

<b>Aanvullende diensten GGD HM</b>
Preventieve logopedie
Project vroegtijdige opsporing taal-spraakstoornissen
Curatieve logopedie (MH)
Coördinatie CJG
Beheer Jeugdmatch
Opvoedbureau (ZHN)
CJG ondersteuning
Beheer virtueel CJG (ZHN)
Maatwerk JGZ 0-4 (ZHN)
Projecten PZJ
Reizigersvaccinaties
Groepsvaccinaties
Forensische geneeskunde
Sociaal Medische Advisering
Medisch adviseurschappen
Besmettingsaccidenten
Projecten AGZ
Monitor OGGZ
Hara Gezondheidsbevordering en OGGZ (ZHN)
Wijkgericht gezondheidsbeleid Project Leiden Noord gezond en wel (ZHN)
Verslavingspreventie Katwijk (ZHN)
Verslavingsbeleid Gouda (MH)