Concept programma RDOG HM 2016

Managementsamenvatting

Teneinde gemeenten zo veel mogelijk te betrekken bij de inhoudelijke discussie over de taken van de RDOG Hollands Midden, wordt 12-13 maanden voor aanvang van het jaar een concept-programma aan de colleges aangeboden met de suggestie dit programma aan de Raad voor te leggen. Op 25 maart 2015 bespreekt het AB de reacties van gemeenten op het conceptprogramma 2016 en geeft op basis hiervan de organisatie de opdracht een programmabegroting op te stellen. Deze wordt vervolgens voor het geven van een zienswijze aan de gemeenteraden voorgelegd en op 1 juli 2015 door het AB vastgesteld.

In dit conceptprogramma worden drie programma's onderscheiden:

I. Het programma **Geneeskundige Hulpverlening** voor de sector GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio).
II. Het programma **Ambulancezorg**, dat wordt uitgevoerd door de sector Regionale Ambulancevoorziening (RAV). De kosten dit programma worden gefinancierd door zorgverzekeraars op basis van beleidsregels van het NZa en afspraken die gemaakt worden in het lokaal overleg met zorgverzekeraars.
III. Het programma **Openbare Gezondheidszorg** omvat de werkzaamheden van de GGD Hollands Midden. Vanwege de hoeveelheid verschillende producten binnen het programma Openbare Gezondheidszorg is de beschrijving van het programma vanaf 2016 opgedeeld in drie deelprogramma's:
    a) De taken die in de Wet Publieke Gezondheid zijn opgedragen aan een GGD.
    b) Publieke zorg voor de jeugd.
    c) Maatschappelijke zorg en Veilig Thuis.

Programma Geneeskundige Hulpverlening

Speerpunten voor het programma Geneeskundige Hulpverlening in de komende periode zijn:

- Versterken risicogerichtheid in advisering voor risico's in grootschalige bouw- en infrastructurele projecten en vergunningverlening risicovolle evenementen.
- Maken en beoefenen van bovenregionale afspraken voor versterken van de crisisorganisatie.
- Uitvoeren transitie Geneeskundige Combinatie naar Grootschalige Geneeskundige Bijstand.
- Visie ontwikkelen met de partners voor een werkwijze van de GHOR, die tegemoet komt aan de actuele en veranderende behoefte van de partners en meer specifiek voor de (geneeskundige) hulpverlening aan minder zelfredzame personen.
- Voorbereiden van een snelle en efficiënte informatiedeling tussen en met ketenpartners in crisisomstandigheden (volgens het principe van netcentrisch werken).

De bijdrage per inwoner (€ 2,43) is ongewijzigd ten opzichte van het jaar 2015. De bezuinigingen als gevolg van de richtlijnen van de werkgroep Financieel kader gemeenschappelijke regelingen zijn in 2015 al in de begroting verwerkt.

Programma Ambulancezorg

Het programma Ambulancezorg is weergegeven in het Regionaal Ambulanceplan 2013 – 2017. De RAV HM verwoordt in het RAP haar meerjarenbeleid tot 2017. Daarvoor is bewust gekozen. Na 2017 ontstaat mogelijk een nieuwe situatie gezien de eindigheid van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (TWAZ). De organisatie wil daar met haar meerjarenbeleid op kunnen aansluiten. Kernpunten van dit programma zijn:

- Uitbreiding van capaciteit binnen de financiële kaders die het Rijk beschikbaar stelt (Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid (S&B) 2013 van het RIVM);
- Doorvoeren van DIA (directe inzet ambulances) en uitbreiding first response teams in brandweervoertuigen om tijdigheid van hulpverlening te verbeteren;
- Het doorlopen van de 2^{e} fase van de inhuizing van de Meldkamer Ambulancezorg in De Yp (functionele integratie).

Vanaf 2014 wordt het budget bepaald door de mate van paraatheid in plaats van door productie. Het budget wordt beschikbaar gesteld door de zorgverzekeraars. Gemeenten leveren geen financiële bijdrage aan de ambulancezorg .

Programma Openbare Gezondheidszorg

Op 7 januari heeft een bestuurlijke conferentie plaatsgevonden, waarin de resultaten van een extern onderzoek van AEF naar takenpakket, positie, governance en bezuinigingsmogelijkheden van de RDOG HM zijn besproken. De conclusies van deze bestuurlijke conferentie worden langs twee wegen uitgewerkt:

1. Het AB bespreekt op 25 maart 2015 de 'Ontwikkelagenda RDOG HM 2020'. Opstelling en uitwerking van deze agenda geschiedt uiteraard in nauw overleg met gemeenten. Portefeuillehouders worden bestuurlijk trekker van de verschillende deelonderwerpen, het ambtelijke trekkerschap ligt bij het Ambtelijk Governanceteam (AGT).
2. Drie conclusies zijn al in dit conceptprogramma 2016 opgenomen (a en b) c.q. kunnen leiden tot begrotingswijzigingen voor 2016 (b en c) door nadere discussie in 2015:
    a. Het onderscheiden van het programma openbare gezondheidszorg in drie subprogramma's;
    b. Het omzetten van de financiering van enkele taken van een BPI-financiering naar een collectieve aanvullende dienst. Op geleide van de discussie in de komende maanden wordt bepaald of deze collectieve aanvullende diensten verder worden getransformeerd naar 'individuele' aanvullende diensten of in de toekomst door een andere organisatie wordt uitgevoerd.
    c. Het bespreken van de mogelijkheden tot bezuiniging in het subprogramma 'wettelijke GGD-taken'.

Het *subprogramma wettelijke taken GGD* beschrijft de taken die in de Wet Publieke Gezondheid aan de GGD zijn opgedragen, samen te vatten als gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering, monitoring, bevorderen publieke gezondheid in geval van rampen en crisis en beleidsadvisering. Het omvat de taken infectieziektebestrijding, medische milieukunde, epidemiologie, advisering Gezondheidsbeleid en Gezondheidsbevordering, GGD Rampenopvangplan en bestuursondersteuning. Ten opzichte van 2015 zijn er geen grote beleidswijzigingen. In 2015 zal de meeste aandacht uitgaan naar bovenregionale samenwerking op het gebied van infectieziektebestrijding en medische milieukunde, nagaan van bezuinigingsmogelijkheden en het verbeteren van het proces van beleidsinformatie en beleidsadvisering van gemeenten. Het beleid van gemeenten op het sociaal domein is hierin leidend.

Het *subprogramma Publieke Zorg voor de Jeugd* beschrijft de wettelijke taken van gemeenten in het kader van de Wet Publieke Gezondheid, de aanvullende taken die de RDOG HM op het gebied van jeugd uitvoert en de taken van de RDOG HM in het kader van het toezicht op de Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen. De beleidsmatige nadruk binnen de taak 'periodiek geneeskundig onderzoek' ligt bij het vraaggericht, flexibel werken met de mogelijkheden van lokaal maatwerk. De onderdelen van de taken 'extra zorg' en 'afstemming zorg' die raakvlakken hebben met de Jeugdwet zijn benoemd als collectieve aanvullende dienst. Op geleide van de discussie in 2015 wordt bepaald of deze collectieve aanvullende diensten verder worden getransformeerd naar aanvullende diensten op het niveau van afzonderlijke gemeenten of aan een andere organisatie worden opgedragen. Op dit moment in de discussie worden de collectieve aanvullende diensten financieel-technisch (toerekening overhead) nog hetzelfde behandeld als basistaken. Indien verdere transformatie plaats vindt, heeft dit consequenties voor de toerekening en de verdeling van overhead. Dit aspect wordt uiteraard in de voorbereiding van de besluitvorming meegenomen.

Het *subprogramma Maatschappelijke Zorg en Veilig thuis* omvat de taken OGGZ – beleid en advies, meldpunt Zorg & Overlast, Basiszorgcoördinatie Kwetsbare Kinderen en Veilig Thuis (AMHK). Dit zijn wetetlijke taken van de gemeenten in het kader van de Wet Publieke Gezondheid en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, die aan de RDOG HM zijn opgedragen. Veilig Thuis, het grootste product binnen de sector is per 1 januari 2015 bij de RDOG HM ondergebracht. In de loop van 2015 zal de beleidsontwikkeling in overleg met gemeenten op gang komen.

Voor wat betreft het financieel kader van het programma openbare gezondheidszorg worden de aanbevelingen van de werkgroep Financieel Kader Gemeenschappelijke Regelingen overgenomen.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 4
1.1. Wettelijk kader en programma's 4
1.2. Missie en ambitie RDOG HM 4
1.3. Onderzoek RDOG 2020 5

2. Programma Geneeskundige Hulpverlening 6

3. Programma Ambulancezorg 7

4 Programma OGZ: Wettelijke taken GGD 9
4.1 Infectieziektebestrijding 10
4.2 Medische milieukunde 11
4.3 Epidemiologie: groepsgerichte monitoring 12
4.4 Advisering Gezondheidsbeleid en Gezondheidsbevordering 13
4.5 GGD Rampenopvangplan 14

5 Programma OGZ; Publieke Zorg voor de Jeugd 15
5.1 Jeugdgezondheidszorg 16
5.2 Toezicht kinderopvang 18
5.3 PZJ en preventie na invoering Jeugdwet 19

6 Programma OGZ; Maatschappelijke Zorg en Veilig Thuis 20
6.1 OGGZ preventie en beleid 20
6.2 Meldpunt Zorg en Overlast 22
6.3 Basiszorg coördinatie kwetsbare kinderen 24
6.4 Veilig Thuis 25

7. Uitgangspunten begroting 26
7.1 Taakstelling financieel kader gemeenschappelijke regelingen 26
7.2 Beleid indexatie 2016 26
7.3 Prognose bijdrage programma Geneeskundige Hulpverlening 26
7.4 Prognose bijdrage programma OGZ 27
7.5 Meerjarenontwikkeling gemeentebijdrage RDOG HM 29

Bijlage Overzicht Basistaken & Aanvullende taken GGD HM 30

1. Inleiding

1.1. Wettelijk kader en programma's

De RDOG Hollands Midden is een gemeenschappelijke regeling van 19 gemeenten in de regio Hollands Midden. De RDOG voert voor gemeenten taken uit op het gebied van:

- De Wet Publieke Gezondheid
- De tijdelijke Wet Ambulance Zorg
- De Wet Veiligheidsregio's
- De Wet Maatschappelijke Ondersteuning
- De Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling
- De Jeugdwet
- De Participatiewet
- De Wet Kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen
- Het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen
- Wet op de Lijkbezorging.

De jaarlijkse programmabegroting RDOG kent drie programma's:

I. Het programma **Geneeskundige Hulpverlening** voor de sector GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). Voor de uitvoering van de taken van de sector GHOR zijn afspraken gemaakt tussen het bestuur van de Veiligheidsregio Hollands Midden (VRHM) en het bestuur van de RDOG HM. Beide besturen hebben deze set van afspraken herzien in 2014. De strekking van de nieuwe afspraken is dat de geneeskundige hulpverlening geïntegreerd blijft binnen de RDOG HM. Het bestuur van de VRHM blijft verantwoordelijk voor het in stand houden van een GHOR.

II. Het programma **Ambulancezorg**, dat wordt uitgevoerd door de sector Regionale Ambulancevoorziening (RAV). De kosten dit programma worden gefinancierd door zorgverzekeraars op basis van beleidsregels van het NZa en afspraken die gemaakt worden in het lokaal overleg met zorgverzekeraars.

III. Het programma **Openbare Gezondheidszorg** omvat de werkzaamheden van de GGD Hollands Midden. Vanwege de hoeveelheid verschillende producten binnen het programma Openbare Gezondheidszorg is de beschrijving van het programma vanaf 2016 opgedeeld in drie deelprogramma's:
    a. De taken die in de Wet Publieke Gezondheid zijn opgedragen aan een GGD.
    b. Publieke zorg voor de jeugd.
    c. Maatschappelijke zorg en Veilig Thuis.

1.2. Missie en ambitie RDOG HM

Openbare gezondheidszorg (OGZ) en veiligheid beogen beide te voorkomen dat burgers worden blootgesteld aan bedreigingen van hun gezondheid en welbevinden of proberen de effecten van die blootstelling te voorkomen of te verminderen. Bij beide is zowel sprake van pro-actie (het nemen van structurele maatregelen), preventie (voorkomen van het ontstaan van risico's en / of het verminderen van de gevolgen ervan), preparatie (voorbereid zijn op bedreigingen) als repressie (effectief optreden als bedreigingen aanwezig zijn). Voor de OGZ komt daar nog bij het bevorderen van de toegang tot zorg. Beide domeinen zijn een verantwoordelijkheid van de overheid, zowel de landelijke, de provinciale als de lokale overheid. Samenwerken tussen uitvoerende organisaties is essentieel.

Missie

De RDOG bewaakt, beschermt en bevordert de gezondheid en het welbevinden van de burgers in de regio Hollands Midden in zowel reguliere als crisisomstandigheden. Daarnaast probeert de RDOG de effecten van gezondheidsbedreigingen te beperken. Het is onze missie om die opdracht resultaatgericht op een innoverende manier in samenwerking met betrokkenen vorm te geven.

Ambitie
De RDOG heeft de ambitie om er een bijdrage aan te leveren dat de regio Hollands Midden gaat behoren tot de drie regio's met de hoogste gezonde levensverwachting van Nederland.

1.3. Onderzoek RDOG 2020

Het Algemeen Bestuur achtte het noodzakelijk dat door middel van een extern onderzoek door een gezaghebbend onderzoeksbureau een goed antwoord kan worden geformuleerd op de vragen of nog extra bezuinigingen mogelijk waren en wat de decentralisaties in het sociale domein betekenen voor het takenpakket van de RDOG HM. Dit onderzoek is in 2014 uitgevoerd door bureau AEF. In het kader van het onderzoek zijn er twee bijeenkomsten georganiseerd met ambtelijk vertegenwoordigers en twee bijeenkomsten met een bestuurlijke regie groep. Draagvlak van de resultaten van het onderzoek bij gemeenten was essentieel. De eindrapportage van het onderzoek is besproken op een bijzondere bijeenkomst van het Algemeen Bestuur op 7 januari 2015. De conclusies van deze bijeenkomst worden langs twee wegen uitgewerkt:

1. Het AB bespreekt op 25 maart 2015 de 'Ontwikkelagenda RDOG HM 2020'. Opstelling en uitwerking van deze agenda geschiedt uiteraard in nauw overleg met gemeenten. Portefeuillehouders worden bestuurlijk trekker van de verschillende deelonderwerpen, het ambtelijke trekkerschap ligt bij het Ambtelijk Governanceteam (AGT).
2. Drie conclusies zijn al in dit conceptprogramma 2016 opgenomen (a en b) c.q. kunnen leiden tot begrotingswijzigingen voor 2016 (b en c) door nadere discussie in 2015:
    a. Het onderscheiden van het programma openbare gezondheidszorg in drie subprogramma's;
    b. Het omzetten van de financiering van enkele taken van een BPI-financiering naar een collectieve aanvullende dienst. Op geleide van de discussie in 2015 wordt bepaald of deze collectieve aanvullende diensten verder worden getransformeerd naar 'individuele' aanvullende diensten.
    c. Het bespreken van de mogelijkheden tot bezuiniging in het subprogramma 'wettelijke GGD-taken'.

Voor wat betreft het financieel kader van dit conceptprogramma wordt uitgegaan van de aanbevelingen die zijn gedaan door de bestuurlijke werkgroep Financieel kader Gemeenschappelijke Regelingen.

2. Programma Geneeskundige Hulpverlening

Basis voor het programma Geneeskundige Hulpverlening is het Regionaal Beleidsplan VRHM 2012-2015 en het Beleidsplan GHOR 2012-2015, die beiden in 2015 worden herzien.
Tevens wordt uitvoering gegeven aan het bestaand beleid zoals opgenomen in de programmabegroting voor de GHOR 2015, het uitvoeringsplan Geneeskundige Hulpverlening 2015 en het werkplan Opleiden, Trainen en Oefenen 2015.

Speerpunten voor het programma Geneeskundige Hulpverlening in de komende periode zijn:

- Versterken risicogerichtheid in advisering met de veiligheidspartners voor risico's in grootschalige bouw- en infrastructurele projecten en vergunningverlening risicovolle evenementen.
- Maken en beoefenen van bovenregionale afspraken voor versterken van de crisisorganisatie.
- Uitvoeren transitie Geneeskundige Combinatie naar Grootschalige Geneeskundige Bijstand.
- Visie ontwikkelen met de partners voor een blijvend interessant aanbod van de GHOR, dat tegemoet komt aan de actuele en veranderende behoefte van de partners en meer specifiek voor de (geneeskundige) hulpverlening aan minder zelfredzame personen.
- Voorbereiden van een snelle en efficiënte informatiedeling tussen en met ketenpartners in crisisomstandigheden (volgens het principe van netcentrisch werken).

Aan het Dagelijks Bestuur VRHM resp. aan het Algemeen Bestuur VRHM wordt in hun vergaderingen van 29 januari 2015 resp.19 februari 2015 advies gevraagd over de begrotingsuitgangspunten 2016 voor het programma Geneeskundige Hulpverlening[1]. Deze begrotingsuitgangspunten wordt in de vergaderingen van het Dagelijks Bestuur van de RDOG HM en het Algemeen Bestuur RDOG HM ter vaststelling aangeboden op 5 maart 2015 resp. 25 maart 2105. Ze zijn in deze versie van het conceptprogramma nog niet opgenomen.

[1] Artikel 26, GR RDOG

3. Programma Ambulancezorg

Op 1 januari 2013 is de Tijdelijke Wet Ambulancezorg in werking getreden. De RDOG HM is vergunninghouder op grond van deze wet. De sector Regionale Ambulance Voorziening Hollands Midden (RAV HM) biedt verantwoorde ambulancezorg aan de inwoners van onze regio, professioneel, innovatief en transparant.

Het programma 'ambulancezorg' is weergegeven in het Regionaal Ambulanceplan 2013 – 2017. De RAV HM verwoordt in het RAP haar meerjarenbeleid tot 2017. Daarvoor is bewust gekozen. Na 2017 ontstaat mogelijk een nieuwe situatie gezien de eindigheid van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (TWAZ). De organisatie wil daar met haar meerjarenbeleid op kunnen aansluiten. Vooralsnog is er geen reden voor gemeenten om deze ontwikkeling in hun risicoparagraaf op te nemen.

Beschikbare paraatheid wordt uitgebreid
Kern van dit programma is een goede spreiding van ambulancezorg in de regio, het aantal beschikbare ambulances en de verdeling van deze beschikbare ambulances over dagdelen en soort dagen. In 2015 en 2016 wordt de beschikbare paraatheid gefaseerd uitgebreid tot het niveau dat is vastgesteld in het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid (S&B) 2013 van het RIVM. De laatste stap in deze uitbreiding is nog niet geformuleerd, om in 2016 zo goed mogelijk aan te kunnen sluiten bij de actuele behoefte. Er is gekozen voor een gefaseerde uitbreiding vanwege de beperkt beschikbare capaciteit om nieuwe medewerkers intern op te leiden en conform de afspraken die hierover met de zorgverzekeraars zijn gemaakt.

Prestaties staan onder druk
Met de beschikbare middelen wordt optimale zorg geleverd, wat nog altijd blijkt uit de prominente plaats (gedeeld 3^{e}) in de landelijke benchmark van Ambulancezorg Nederland. In 2014 zijn de prestaties achteruit gegaan. Het percentage spoedvervoer dat binnen de 15 minuten moest worden bereikt, zakte tot 93%, hetgeen onder de norm van 95% is. De structurele toename van de vraag om ambulancezorg resulteerde in een afname van de prestaties, doordat de beschikbare paraatheid vanwege efficiencymaatregelen van het Ministerie van VWS, niet kon meegroeien. Door de invoering van DIA in 2013, heeft de RAV HM de achteruitgang wel kunnen beperken.

In gebieden waar de aanrijtijden onder druk staan, zijn aanvullende maatregelen genomen, zoals de inzet van Brandweer-First-Responder eenheden en politiefunctionarissen met kennis en vaardigheden omtrent levensreddende handelingen en beschikking over AED-apparatuur. In 2014 heeft het bestuur van de Veiligheidsregio Hollands Midden ingestemd met de uitbreiding van de Brandweer First Responder teams in de regio. In 2015 en 2016 zullen, naast de huidige 13 teams, 14 nieuwe worden ingesteld.

Financieringsstructuur is veranderd
De financiering van het programma ambulancezorg vindt plaats in het kader van de zorgverzekering. Met ingang van 1 januari 2014 is de financieringsstructuur van de ambulancesector veranderd. In het voorjaar zijn de contouren bekend gemaakt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) waarna in mei de tarieven volgden.

De financiering wordt niet meer primair gekoppeld aan de productie. Vanaf 1 januari 2014 is de financiering gekoppeld aan de benodigde paraatheid. Budgetparameters zijn onder andere de normcapaciteit uit het referentiekader S&B, het aantal ambulances en het aantal kilometers. De ritaantallen blijven indirect door hun invloed op het referentiekader S&B een belangrijke factor voor de financiering.

De meldkamer is verhuisd naar de Yp
In 2013 is een transitieakkoord getekend rondom de vorming van een landelijke meldkamerorganisatie met vooralsnog 10 regionale uitvoeringsorganisaties. Op 27 mei 2014 is de meldkamer Ambulancezorg Hollands Midden verhuisd naar de Yp. Ondanks de voorbereidingen liepen centralisten en medewerkers van de RAV tegen problemen aan in de telefonie en ICT-omgeving, waardoor de prestaties op de meldkamer verslechterden. Inmiddels zijn de meeste problemen verholpen. Er resteren nog wat technische onvolkomenheden die in het eerste kwartaal van 2015 naar verwachting zullen worden verholpen.

In het derde kwartaal van 2014 is de overname van MKA-personeel ingezet. Medewerkers, inclusief de direct-leidinggevende van de meldkamer, zijn in 2014 bijna allemaal in dienst getreden bij de RAV HM. In 2014 is ook de kwaliteitszorg inclusief de personele bezetting overgeheveld naar de RAV. Vanuit de RAV zijn diverse medewerkers op detacheringsbasis werkzaam op de MKA. De opleidingsportefeuille wordt sinds 2013 verzorgd door de RAV.

Ebola zorgt voor opschudding
In 2014 heeft de Ebola-epidemie in West-Afrika voor een flinke opschudding gezorgd in de gezondheidszorg. Vanaf de zomer van 2014 is veel werk verzet door de RAV HM, teneinde optimaal voorbereid te zijn op de behandeling van een van Ebola-besmetting verdachte patiënt. Meldkamerprotocollen zijn opgesteld. In de RAV is een procedure opgesteld en getest met de ketenpartners (brandweer en ziekenhuizen). Een ambulance is speciaal ingericht, zodat een besmette patiënt op verantwoorde wijze kan worden vervoerd en het voertuig eenvoudig kan worden ontsmet. Er is bovendien vanuit onze kennis bijgedragen aan het landelijke beleid. Vanaf 2015 beschikt de RAV over gespecialiseerde teams die kunnen worden ingezet in geval van besmettingsincidenten.

4 Programma OGZ: Wettelijke taken GGD

Dit hoofdstuk 4 gaat in op de taken die in de WPG zijn benoemd als taken waarvoor de gemeenten een GGD in stand moeten houden. In de begroting van de RDOG HM zijn dit basistaken die worden bekostigd door middel van een bijdrage per inwoner. De taken zijn ondergebracht binnen de sector AGZ en het stafbureau.

In de recente kamerbrief over betrouwbare Publieke Gezondheid heeft de minister geschetst welke taken van de GGD voor het fundament van de publieke gezondheid van zo essentieel belang zijn, dat zij op een uniforme wijze moeten worden geborgd. Dit omdat deze taken een gespecialiseerde deskundigheid vragen met een hoge mate van continuïteit en duidelijke aanspreekpunten (zowel voor de lokale als de landelijke overheid). Deze taken dienen daarom bij de GGD'en te worden belegd en vormen de vier pijlers van iedere GGD. Rijk en gemeenten moeten, vanuit ieders eigen verantwoordelijkheid, de kwaliteit van deze pijlers gezamenlijk verankeren. Dit is weergegeven in onderstaande figuur

Voor een uitgebreide toelichting bij de inhoud van de pijlers wordt verwezen naar de kamerbrief naar een betrouwbare Publieke Gezondheid d.d. 28 augustus 2014.
In de komende jaren wordt vanuit de rijksoverheid nadere uitwerking gegeven aan het ontwikkelen van heldere normen waaraan de werkzaamheden van een GGD kunnen worden getoetst.

4.1 Infectieziektebestrijding

Doel	Infectieziekten voorkomen, opgetreden infectieziekten bestrijden en verspreiding tegengaan. En het signaleren van nieuwe infectieziekten die optreden.	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	College draagt zorg voor de uitvoering van de IZB, w.o. ➢ algemene preventieve maatregelen; ➢ bestrijden TBC, SOA-aids en andere meldingsplichtige infectieziekten, ➢ bron- en contactonderzoek bij meldingen ➢ adviseren burgemeester en uitvoeren maatregelen College bevordert technische hygiënezorg;	
Producten en financiën	• Infectieziektebestrijding • TBC Bestrijding • SOA-sense • Technische hygiënezorg	€ 1,16 per inwoner € 0,55 per inwoner € 0,81 per inwoner € 0,47 per inwoner
Beoogde maatschappelijke effecten	Preventie, voorkomen en bestrijden van infectieziekten	
Normen, richtlijnen en protocollen	Strak landelijk geprotocolleerd, normen artsen, verpleegkundigen, MTM-ers en doktersassistenten, per 100.000 inwoners	
Indicatoren GGD benchmark	• 100% van de infectieziektemeldingen die onverwijld is gemeld aan de burgemeester conform de afspraken hierover met de gemeente • Aantal SOA-consulten per 100.000 inwoners • Beschikbare totale formatie IZB t.o.v. VISI norm (%)	

Toelichting
Op het gebied van infectieziektebestrijding is er alertheid op het gebied van alle infectieziekten conform de WPG. Landelijke en internationale trends worden gevolgd. Actuele situaties zijn bepalend voor de werkzaamheden. Ebola ,MERS en extra instroom asielzoekers zijn hier voorbeelden van.
Naast activiteiten op het gebied van bron-contact onderzoek (de lopende meldingen) wordt er gewerkt aan acht andere deeltaken op het gebied van infectieziektebestrijding, waarbij voor de uiteindelijke inzet de afweging wordt gemaakt van vraag van de klant, personele formatie en actualiteit.
Er wordt gewerkt volgens landelijke richtlijnen en protocollen, waarbij de werkwijze zo nodig regionaal aangepast kan worden.
Laboratoriumdiagnostiek, curatieve SOA-bestrijding en aanvullende seksualiteitshulpverlening worden aanvullend vergoed uit een landelijke regeling (waaronder ASG=aanvullende seksuele Gezondheidszorg), echter met een steeds krimpend budget.
Bij de bestrijding van TBC wordt de individuele zorg vergoed door de zorgverzekering, echter een deel valt onder het eigen risico van de cliënt wat een reden van zorg is omdat cliënten zich mogelijk onttrekken aan (preventieve) behandeling of nader onderzoek. Algemene preventieve maatregelen en bron- en contactonderzoek vallen buiten de zorgverzekering.
Vanuit IGZ en ook op basis van HKZ-controles (interne en externe audits) en intercollegiale visitaties wordt periodiek nagegaan of aan kwaliteitseisen wordt voldaan.
Scholingen, trainingen en oefeningen vergen veel inspanning. Deze zijn noodzakelijk voor een adequate invulling van de taken en behoud van expertise van de professionals.

4.2 Medische milieukunde

Doel	Het beschermen en bevorderen van de gezondheid van burgers door het contact met schadelijke milieudeterminanten te voorkomen of te beperken en een gezonde en veilige omgeving te bevorderen.
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	College draagt zorg voor bevorderen medisch milieukundige zorg, die in ieder geval volgende aspecten omvat: ➢ Signaleren ongewenste situaties; ➢ Adviseren van bevolking over risico's; ➢ Beantwoorden van vragen van bevolking en geven van voorlichting; ➢ Verrichten van onderzoek. College draagt zorg voor het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.
Financien	• Medische milieukunde € 0,47 per inwoner
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
Indicatoren GGD benchmark	• % formatie MMK afgezet tegen de waakvlamnorm

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 (laag frequent) geluid, asbest en de particuliere omgeving. Voor wat betreft luchtkwaliteit is er een discrepantie tussen de normering zoals die in de wetgeving is vastgelegd en de gezondheidskundige advieswaarden van bijvoorbeeld de WHO. Naast de wettelijke normen brengt de GGD ook de advieswaarden onder de aandacht van gemeenten, zodat bewuste keuzes kunnen worden gemaakt. Er blijft immers, ook op lokaal niveau gezondheidswinst te behalen door extra maatregelen te nemen om lokale (verkeersgerelateerde) luchtverontreiniging te beperken.
Leefomgeving wordt genoemd als één van de vier specifieke gezondheidsvraagstukken waar het kabinet aandacht voor vraagt in de Rijksnota Volksgezondheid en 'Gezonde omgeving' staat tevens genoemd als één van de vier onderwerpen waarvan in het Nationaal Programma Preventie is aangegeven dat de aandacht ervoor, in het kader van gezondheidsbescherming niet mag verslappen. 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 en burgers hierop steeds kritischer worden. Deze advisering gebeurt in goed overleg met de omgevingsdiensten, aangezien de advisering door GGD en omgevingsdiensten raakvlakken heeft. De geplande komst van de Omgevingswet biedt voor gemeenten mogelijkheden om bij ruimtelijke ontwikkelingen integraal in te zetten op gezondheidswinst.
Het binnenmilieu op scholen staat momenteel ook in de belangstelling; deze activiteiten worden aanvullend gefinancierd door het RIVM.
De medisch milieukundigen en de epidemiologen van de GGD kunnen ingezet worden voor clusteronderzoeken; als er in een bepaald gebied veel personen zijn met overeenkomende gezondheidsklachten (bijvoorbeeld leukemie, luchtwegproblemen). Dan wordt onderzocht of die klachten of problemen dezelfde oorzaak hebben en of er bronnen kunnen worden bepaald, die de betreffende klachten geven.

4.3 Epidemiologie: groepsgerichte monitoring

Doel	Inzicht verkrijgen in en monitoren van de gezondheidssituatie van de inwoners van Hollands Midden door het verrichten van (epidemiologisch) onderzoek en het adviseren, begeleiden en ondersteunen bij de opzet en uitvoering van onderzoek door derden.	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	➢ Aansluiting Openbare (Publieke) gezondheidszorg en curatieve zorg ➢ Verwerven van inzicht in gezondheidssituatie van bevolking ➢ Ten behoeve van het lokale gezondheidsbeleid verzamelen en analyseren van gegevens m.b.t. de gezondheidssituatie van de bevolking ➢ Gezondheidsonderzoek bij rampen ➢ Bewaken van gezondheidseffecten bij bestuurlijke beslissingen	
Producten en financien	• Epidemiologie	€ 0,41 per inwoner
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	Gezondheidspeilingen onder jongeren, volwassenen en ouderen, aansluitend op de landelijke preventiecyclus; Op landelijke gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over de gezondheidssituatie; Gestandaardiseerde vragenlijst t.b.v. landelijke aggregatie;	
Indicatoren GGD benchmark	• % Gemeenten dat gebruik maakt van monitorgegevens bij opstellen van beleidsplannen • Gemiddeld rapportcijfer (1-10) dat gemeenten geven over de gezondheidsinformatie die de GGD levert ten behoeve van het gezondheidsbeleid van de gemeente	

Visie en/of toelichting

In opdracht van het ministerie van VWS is in samenwerking met het RIVM en het CBS een landelijke monitor voor volwassenen en ouderen ontwikkeld. Binnen deze monitor verzamelt iedere GGD op dezelfde wijze gegevens met betrekking tot een afgesproken set indicatoren. Zo worden resultaten onderling vergelijkbaar en bovendien kunnen de verzamelde gegevens samengevoegd worden tot een landelijke dataset. Deze landelijke dataset wordt door het RIVM gebruikt voor het ontwikkelen van hun Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV), die de basis vormt voor de landelijke preventienota van VWS. De komende jaren wordt op een vergelijkbare manier gewerkt aan een landelijke monitor voor jeugd.

Naast gemeenten worden de epidemiologische gegevens ook verstrekt aan scholen en (zorg)instellingen in de regio. Voor het beschikbaar stellen van epidemiologische gegevens verrichten de epidemiologen in ieder geval de volgende taken:

a. Uitvoering gezondheidspeilingen onder verschillende doelgroepen, resulterend in rapportages als factsheets en een regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning.
b. Openbaar en beschikbaar maken van epidemiologische gegevens op internet via de web-applicatie www.gezondheidsatlashollandsmidden.nl
c. Verrichten van aanvullend kleinschalig en/of verdiepend (evaluatie)onderzoek op deelthema's
d. Adviseren, begeleiden en ondersteunen bij de opzet en uitvoering van onderzoek door derden
e. Levering van beleidsrelevante gegevens
f. Advisering en indien nodig uitvoering van gezondheidsonderzoek bij rampen.

4.4 Advisering Gezondheidsbeleid en Gezondheidsbevordering

Doel	Het ondersteunen van gemeenten bij de ontwikkeling en uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid. Het versterken van de ontwikkeling van regionaal beleid op het terrein van gezondheidsbevordering door het leveren van informatie, het geven van gevraagde en ongevraagde adviezen en het maken van samenwerkingsafspraken met regionale organisaties.	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	➢ WPG: gemeenten moeten elke vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid opstellen ➢ Gemeenten moeten beschrijven hoe zij uitvoering geven aan de verplichting om de GGD om advies te vragen bij bestuurlijke besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de volksgezondheid ('bewaken van gezondheidseffecten'). ➢ Bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor gezondheidsbevordering. ➢ In stand houden structuur voor samenwerking tussen instellingen die taken vervullen op het gebied van gezondheidsbevordering.	
Producten en financien	• Advisering Gezondheidsbeleid en Gezondheidsbevordering	€ 0,70 per inwoner
Beoogde maatschappelijke effecten	Een gezonde leefstijl bij burgers met als resultaat gezondheidswinst en reductie in beroep op zorg en maatschappelijke ondersteuning. Inbedding van preventie in een lokale/wijkgerichte aanpak. Vergroten van de kans op maatschappelijke participatie en daarmee bijdragen aan de economische en sociale positie van de gemeente.	
Normen, richtlijnen en protocollen	Speerpunten uit VWS-nota gezondheidsbeleid *Gezondheid dichtbij*	
Indicatoren GGD benchmark	• Aantal geïmplementeerde gezondheidsbevorderende programma's (structurele maatregelen en pakket gedragsinterventies), gerelateerd aan gezonde voeding en bewegen, per gemeente • Aantal FTE gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners	

Toelichting

De GGD ondersteunt gemeenten door:

- het voorbereiden van regionale afspraken over inzet van de GGD op gezondheidsbevordering van mensen met een lage SES, ouderen en jeugdigen. GGD stemt hierbij af met regionale partners.
- Bij gezondheidsbevordering ligt de nadruk op de thema's voeding, bewegen, roken en psychosociale gezondheid. De meeste gezondheidswinst wordt behaald wanneer er sprake is van een interventiemix van de vijf pijlers van gezonde gemeenten: 1. Maatregelen gericht op een gezonde fysieke- en sociale omgeving, 2. Regels, wetten en protocollen en de handhaving hiervan, 3. voorlichting, educatie en interventies, 4. Vroegtijdig signaleren van risicofactoren, advies en doorverwijzing en 5. Ondersteuning (begeleiding en aandacht voor vaardigheden). De wijk, zorg- en welzijnsorganisaties, sectoren ruimtelijke ordening en sport, en de werksetting bieden aanknopingspunten voor gezondheidsbevordering.
- Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van bewezen effectieve interventies (evidence-based) of van interventies die goed beschreven zijn.

4.5 GGD Rampenopvangplan

Doel	Ten tijde van crisis en ramp zorgdragen voor de bescherming en bewaking van de gezondheid van burgers, in nauwe samenwerking en afstemming met ketenpartners.	
Wettelijke basis	Wet Publieke Gezondheid en Wet op de Veiligheidsregio's.	
Financien	GGD rampenopvangplan	€ 0,11 per inwoner
Beoogde maatschappelijke effecten	Ten tijde van crisis en ramp zorgdragen voor de bescherming en bewaking van de gezondheid van burgers, in nauwe samenwerking en afstemming met ketenpartners. Na een crisissituatie wordt zo snel mogelijk herstel van (psychosociale) gezondheid en een veilige leefomgeving bewerkstelligd, zoals die vóór de crisis aanwezig was.	
Normen, richtlijnen en protocollen	Regionaal crisisplan	
Indicatoren GGD benchmark	-	

Toelichting
De GGD beschikt over een GROP (GGD Rampenopvangplan) waarin de organisatiewijze ten tijde van crisis binnen en buiten de GGD en de wijze van afstemming met ketenpartners is vastgelegd. In het GROP staan o.a. de functionarissen die sleutelrollen vervullen, hun beschikbaarheid en bereikbaarheid, de wijze van alarmering en opschaling, de vier GGD-processen en de onderlinge communicatie beschreven. De vier GGD-processen zijn: Infectieziektebestrijding, Medische Milieukunde, Gezondheidsonderzoek bij rampen en Psychosociale hulp.
De GGD organiseert zich bij een crisis in een Crisisteam waarin naast de voorzitter (crisiscoördinator) ook de relevante procesleiders deelnemen en ondersteuning op gebied van communicatie, facilitaire zaken en ICT. Om alle taken ten tijde van een crises/ramp optimaal uit te voeren moeten alle betrokken medewerkers deskundig en opgeleid zijn. Dit organiseert de GGD op basis van een zogenoemd OTO-plan, waarbij OTO staat voor Opleiden, Trainen en Oefenen. Het OTO-plan maakt onderdeel uit van het GROP.
De GGD is ook verantwoordelijk voor de voorbereiding en organisatie van de vier processen bij GRIP-opschaling (GHOR). De afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling ten tijde van een GRIP-situatie (evt. tegelijkertijd met interne opschaling bij de GGD) zijn vastgelegd in het hoofdstuk Geneeskundige zorg van het Regionaal Crisisplan.

5 Programma OGZ; Publieke Zorg voor de Jeugd

Hoofdstuk 5 beschrijft de taakgebieden van de GGD die gericht zijn op de bevorderen, bewaken en beschermen van de lichamelijke, psychische en sociale gezondheid en ontwikkeling van jeugdigen in de regio. De taken worden hoofdzakelijk uitgevoerd door de medewerkers van de sector Publieke Zorg voor de Jeugd (PZJ) binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin. Het betreft taken die in de Wet Publieke Gezondheid aan gemeenten zijn opgedragen en die door de gemeenten in Hollands Midden aan de RDOG HM zijn opgedragen.

De sector Publieke Zorg voor de Jeugd (PZJ) kent drie hoofdtaken: de uitvoering van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg, de coördinatie en uitvoering van CJG werkzaamheden (aanvullende diensten) en de uitvoering van de Inspectie Kinderopvang.
In het nieuwe besluit Jeugdgezondheidszorg is het onderscheid in wettelijk uniform en maatwerk deel verdwenen en zijn de taken hier en daar geherformuleerd: naast alle kinderen in beeld, monitoren en signaleren, screenen en vaccineren en waar nodig voorlichten en adviseren zijn begeleiden en instructie geven zowel individueel als groepsgericht (artikel 6) opgenomen als wettelijk basistaak.
De JGZ richt in samenwerking met betreffende scholen, maatschappelijk werk en gemeente het extra contactmoment voor adolescenten optimaal in, zodat het aansluit bij de lokale situatie. De middelen hiervoor komen uit het gemeentefonds. Ook wordt de JGZ een rol toebedeeld in de toeleiding naar Voor- en Vroegschoolse Educatie. Onderdelen die in het Besluit Publieke Gezondheid expliciet aan het basistakenpakket zijn toegevoegd zijn: over- en ondergewicht, kindermishandeling (incl. shaken baby syndroom en vrouwelijke genitale verminking), internetgebruik en school-/ziekteverzuim/schooluitval.
Het geflexibiliseerde basispakket JGZ stelt vaccinaties, screeningen, monitoring en signalering actief ter beschikking. Hoewel dergelijke activiteiten er voor alle jeugdigen moeten zijn, kan de uitvoering ervan per kind of jongere variëren. Dit is afhankelijk van de specifieke situatie van kind, gezin en omgeving en de behoefte van ouders en kinderen. Met uitleg en advies kan de JGZ zorg wegnemen en de situatie normaliseren, en zo bijdragen aan het versterken van eigen kracht en onnodige medicalisering helpen tegengaan.
Hiermee wordt voorkomen dat:

- alledaagse problemen ten onrechte bij zware, specialistische zorg terechtkomen en
- problemen ten onrechte niet behandeld worden, waardoor in een later stadium juist een extra beroep op gespecialiseerde nodig is.

Bovendien is in het nieuwe besluit expliciet toegevoegd: het in afstemming met de jeugdige en zijn ouders of verzorgers bepalen van de behoefte aan advies en voorlichting en ramen welke zorgverlening nodig is en het formuleren van maatregelen (artikel 5 b en e). Ook wordt naast het beoordelen van het sociale en fysieke milieu opgedragen het pedagogische milieu te beoordelen (artikel 3 h).
De invoering van de methodiek Gezamenlijk Inschatten van de Zorg (GIZ-methodiek)door de JGZ-professionals sluit daar direct bij aan.
Inmiddels wordt deze methodiek ook ingevoerd bij de professionals van de jeugdhulp die werkzaam zijn bij de sociale wijkteams en/of jeugd- en gezinsteams. Daardoor spreken we één taal met ouders en jongeren en kunnen wordt afstemming van zorg gefaciliteerd.
De GGD continueert haar werkzaamheden om de klanttevredenheid en effectiviteit in 2016 en de volgende jaren te monitoren.

5.1 Jeugdgezondheidszorg

Bij het overzicht 'producten en financiën' is bij drie onderdelen de afkorting CAD toegevoegd. Dit is de afkorting van het begrip 'collectieve aanvullende dienst'. Deze afspraak is gemaakt tijdens de bestuurlijke conferentie op 7 januari 2015. Op geleide van de discussie in 2015 wordt bepaald of deze collectieve aanvullende diensten verder worden getransformeerd naar 'individuele' aanvullende diensten.

Doel	Publieke Zorg voor Jeugd (PZJ) is de zorg van de samenleving voor de optimale voorwaarden waarbinnen alle kinderen zich veilig en gezond kunnen ontwikkelen.	
Tekst van de Wet en (voorgenomen) besluiten (steekwoorden)	Gemeenten zijn op basis van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) verantwoordelijk voor de JGZ. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) bestaat uit een landelijk vastgesteld preventief gezondheidszorgpakket dat onder verantwoordelijkheid van de gemeenten actief wordt aangeboden aan alle jeugdigen van 0 tot 18 jaar. De JGZ volgt daarmee de ontwikkeling van kinderen in relatie tot de fysieke en sociale omgeving van kind en gezin, geeft voorlichting en biedt zo nodig ondersteuning of verwijst door. De JGZ kent zowel medische als maatschappelijke onderdelen. Voor de uitvoering zijn hoog opgeleide professionals nodig.	
Producten en financien	• Prenatale voorlichting en zorg • JGZ Contactmomenten 0-19 jaar • Rijksvaccinatieprogramma 0-19 • Extra zorg / risicokinderen (begeleiding en instructie) • Zorgafstemming a. enkelvoudig/sociaal-medisch b. meervoudig/complex in multidisciplinaire netwerken • Gezondheidsbevordering jeugd • Analyseren van gegevens over gezondheid en ontwikkeling t.b.v. collectieve maatregelen (voorheen Beleidsadvisering) • Stevig Ouderschap NB een aantal van de producten wordt afgerekend op basis van het aantal kinderen 0-4 jaar. De BPI is in dat geval een indicatie van het gemiddelde voor de regio	€ 0,20 per inwoner € 15,47 per inwoner € - per inwoner € 3,46 per inwoner en € 0,50 per inwoner (CAD) € 0,61 per inwoner € 0,61 per inwoner (CAD) € 0,88 per inwoner € 0,62 per inwoner € 0,66 per inwoner (CAD)
Beoogde maatschappelijke effecten	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 is er actie. Bij opvoeders en jongeren staat het normaliseren (1) van zorgen en vragen voorop en herstel van de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. 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. Optimale kwaliteit van dienstverlening in het sociale jeugddomein per gemeente.
Normen, richtlijnen en protocollen	WPG inclusief nieuwe besluit Publieke Gezondheid en Wet Kinderopvang. Zie de tekst van de Wet en het besluit PG.
Indicatoren GGD benchmark	• BMR-vaccinatiegraad op 14 maanden • Percentage onderzoeken op indicatie ten opzichte van standaard contact momenten • Percentage verwijzingen (vanuit standaard contactmoment en vanuit onderzoek op indicatie) • % kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 VO (PGO VO) in de afgelopen vier weken alcohol heeft gedronken. • % kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 VO (PGO VO) iedere dag rookt • % kinderen van 13/14 jaar of klas 2 VO (PGO 2VO) in zorg, uit eigen werkgebied die zijn gezien op regulier contactmoment • % van de zorgteams in de regio waarin de GGD structureel vertegenwoordigd is • % kinderen van 10 jaar of kinderen uit groep 7 met overgewicht (exclusief obesitas) dat binnen 8 weken een extra consult heeft gekregen • % Overgewicht (exclusief obesitas) bij 10-jarigen of kinderen uit groep 7 • % Kinderen van 0 tot 19 jaar waarbij binnen 4 weken na melding en/of verwijzing follow-up door de JGZ heeft plaatsgevonden in het geval er vermoeden van kindermishandeling was.

Toelichting

Per 2015 heeft PZJ de producten in het basistakenpakket geharmoniseerd voor heel Hollands Midden. De uitdagingen voor 2016 zijn als volgt:

- ❑ Flexibilisering en integratie van het basistakenpakket JGZ 0-18 jaar en de ontwikkeling van JGZ naar Publieke Zorg (Public Health) voor de Jeugd (PZJ) verankeren in het deelprogramma Publieke Zorg voor de Jeugd.
- ❑ De vernieuwing per 2016 van het Digitaal Dossier JGZ implementeren. Dit omvat eveneens het meewerken aan landelijke uitwisseling van de dossiers en het aansluiten op de door ontwikkeling van een regionaal jeugd- en gezinsdossier in samenwerking met de CJG-partners en afgestemd op de transformatie van de jeugdhulp.
- ❑ Bijdragen aan de uitwerking van effectieve programma's in de wijk vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin. Aansluiting op de doorontwikkelingen in het sociale jeugddomein en ondersteuning van de gemeenten daarbij.

Gezamenlijk inschatten zorgbehoefte (GIZ)

De GIZ-werkwijze is een innovatieve taxatiemethodiek waarmee de zorgprofessional de ontwikkelbehoeften en zorgbehoefte van een ouder/jeugdige snel in kaart brengt: *samen met de betreffende ouder of jeugdige* Dat wordt gedaan met behulp van een gestructureerd, motiverend gesprek. Deze begint met een gezamenlijke analyse van de aard en de kracht van de ontwikkeling van de ouder/jongere in relatie tot zijn opvoeding en omgeving. Het eindigt met een gezamenlijke inschatting van het niveau en het type zorg die het beste past bij de geïdentificeerde krachten en behoeften. De GIZ methodiek is breed geïmplementeerd binnen de JGZ.

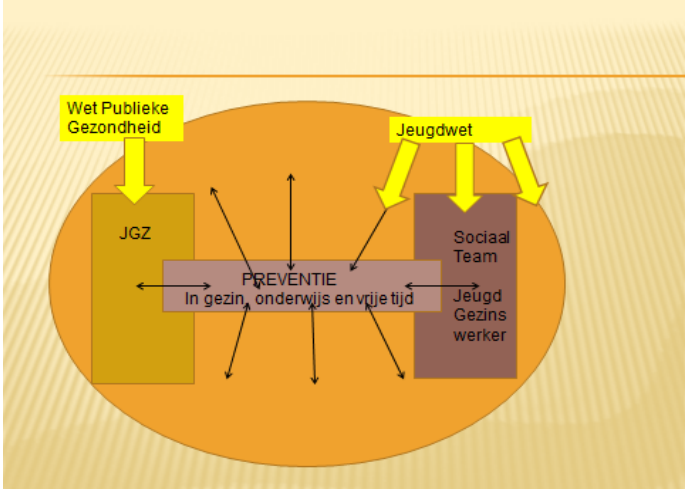
Aansluiting op het sociale jeugddomein per gemeente
Het jaar 2015 staat nog in het teken van afronding van de implementatie van het geflexibiliseerde JGZ-programma, borging van nieuwe werkwijzen in de werkroutines van de JGZ-teams, fine tunen van de nieuwe werkwijzen, systemen en effectmeting.
In 2016 zullen de gemeenten verder gaan met de doorontwikkeling van de het brede veld van hulp aan jeugdigen tot integrale zorg (op maat bij de risicogroepen jeugd in een bepaalde wijk/buurt) en het inrichten van het sociale jeugddomein. Eén van de vraagstukken zal dan zijn hoe het JGZ-programma optimaal aansluit.

5.2 Toezicht kinderopvang

Doel	Het toezicht houden op kinderopvanglocaties (kinderdagverblijven, buitenschoolse opvang, peuterspeelzalen, gastouderbureaus en gastouderopvang) op naleving van de Wet Kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen en overige wet- en regelgeving (zie wettelijk kader).
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	De Wet Kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen en de hieruit voort gekomen maatregel van bestuur en onderliggende wet-, en regelgeving.
Financien	Inspectie kinderopvang Afgerekend per inspectie
Beoogde maatschappelijke effecten	De Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen bevordert een basis kwaliteitsniveau. Kinderopvang die voldoet aan de kwaliteitseisen draagt o.a. bij aan veilige, gezonde en pedagogisch verantwoorde kinderopvang.
Normen, richtlijnen en protocollen	Protocollen voor het (her)inspecteren van alle kinderopvanglocaties en peuterspeelzalen in het werkgebied Op basis daarvan het sturen van kinderopvangorganisaties en peuterspeelzalen in het werkgebied; Resultaat Er zijn Inspectierapportages beschikbaar op basis van het uniforme (landelijke) toetsingskader . Naast inspecties geven de inspecteurs ook sturing (bijv. rondom de bouw en verbouw van kinderopvanglocaties en peuterspeelzalen) en voorlichting (bijv. ten aanzien van veilig en hygiënisch werken in peuterspeelzalen en kinderopvang)
Indicatoren GGD benchmark	• Aantal inspecties kinderopvang en peuterspeelzalen per FTE

5.3 PZJ en preventie na invoering Jeugdwet

Preventie vanuit de Jeugdwet omvat ondersteuning bij een individueel risico of een individuele vraag, waarbij er nog geen sprake is van een probleem waarvoor een voorziening op het gebied van jeugdhulp nodig is. Het gaat om activiteiten die in het verleden onder prestatieveld 2 van de Wmo en het maatwerkdeel van de Wet publieke gezondheidszorg (Wpg) vallen, zoals licht pedagogische hulp, ondersteuning, informatie en advies en het toeleiden naar hulpaanbod. Ook een deel van de huidige preventie in de ggz-sector die nu onder de Wmo valt, bijvoorbeeld de preventieve zorg, zoals die voor kinderen van ouders met psychiatrische of verslavingsproblematiek (KOPP/KVO) valt hieronder. Voorbeelden van preventie op basis van de Jeugdwet zijn programma's als Stevig Ouderschap en opvoedingsondersteuning. Onderstaand schema geeft weer hoe de verschillende taken van de sector PZJ gepositioneerd zijn in het werkveld.



Preventie binnen het CJG

Een belangrijk uitgangspunt in de decentralisatie van de Jeugdzorg is de investering in preventie. Door betere preventie en vroegsignalering kunnen meer kinderen binnen de eigen kracht van gezin en het sociale netwerk blijven. Er zijn verschillende vormen van preventie:

- universele preventie is gericht op de gehele bevolking. Uitdaging bij deze vorm van preventie is zoveel en laagdrempelig mogelijk informatie te ontsluiten. Voorbeelden hiervan zijn de CJG advieslijn, virtueel CJG, themabijeenkomsten enz.
- selectieve preventie is gericht op een doelgroep die de kans loopt om problemen te krijgen. Hier is de uitdaging om de vindplaats (de plek waar ouders en kinderen toch al komen) de actieplaats te laten zijn. Voorbeelden hiervan zijn: weerbaarheidstrainingen, cursussen voor ouders van drukke kinderen, kinderen in echtscheidingssituaties (KIES), kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP).
- geïndiceerde preventie is gericht op een doelgroep waar een probleem zich al voordoet, voorbeelden hiervan zijn: activiteiten gericht op ouders en kinderen met overgewicht, binge drinken en gameverslaving, depressieve klachten. Uitdaging is hier om de expertise van de niet vrij toegankelijke voorzieningen in te zetten in het preventieve veld.

6 Programma OGZ; Maatschappelijke Zorg en Veilig Thuis

Nu het Advies en Meldpunt Huiselijke Geweld en Kindermishandeling onder de landelijke naam Veilig Thuis ondergebracht is bij de RDOG is een nieuwe sector ontstaan met als naam *Maatschappelijke zorg en Veilig Thuis.* De OGGZ producten van de GGD zijn samen met het nieuw gevormde Veilig Thuis in dit organisatieonderdeel ondergebracht. Het betreft wettelijke taken die in het kader van de Wet Publieke Gezondheid en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning aan gemeenten zijn opgedragen en die vervolgens door gemeenten aan de RDOG HM zijn opgedragen.

6.1 OGGZ preventie en beleid

Doel	Het ondersteunen van gemeenten in de ontwikkeling van beleid met betrekking tot kwetsbare burgers die vallen onder de doelgroep van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) /Maatschappelijke Zorg (MZ). Lokale ondersteuning en advisering van gemeenten en instellingen bij het vertalen van bestaande en nieuwe wetgeving naar toepassing in beleid en uitvoering. Regionaal: met alle betrokken partijen komen tot een samenhangend beleid en ketenafspraken ten aanzien van de OGGZ/MZ in de regio Hollands Midden. Op bovenstaande taken adviseert de GGD vanuit expertise en ervaring met de doelgroep (producten Meldpunt Zorg en Overlast, Basiszorgcoördinatie Kwetsbare Kinderen en Veilig Thuis).	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	De WMO 2015 gaat uit van een integrale aanpak voor burgers die maatschappelijke ondersteuning behoeven. Beleid en preventie richt zich primair op de taak van de gemeente tot het bieden van *maatschappelijke ondersteuning,* speciaal gericht op mensen uit de doelgroep OGGZ/MZ. Daarnaast is er een samenhang met ontwikkelingen op andere beleidsterreinen zoals: - Decentralisaties AWBZ en jeugd (Jeugdwet) per 2015 - Participatiewet per 2015 - de komende Wet verplichte GGZ - vorming Veilig Thuis per 2015 - de komende Wet aanpak Woonoverlast - de inmiddels vernieuwde Wet Schuldhulpverlening	
Financien	• OGGZ preventie en beleid	€0,35 per inwoner.
Beoogde maatschappelijke effecten	• Afspraken en samenwerking op beleidsniveau, ten behoeve van de meest kwetsbare, zorgwekkende en zorgmijdende inwoners van de regio Hollands Midden. • De OGGZ overlegstructuur bevordert de samenwerking in de keten. De betrokken organisaties bespreken gezamenlijk maatschappelijke ontwikkelingen, rijksbeleid, regionaal beleid en nieuwe wet- en regelgeving. Dit leidt tot regionale vertaling en implementatie. • Signalen, knelpunten of verbeterpunten uit het werkveld leiden tot verbetering van de uitvoering • Ketensamenwerkingsafspraken en convenanten bevorderen een eenduidige aanpak op casusniveau. • Efficiëntie in de aanpak van de doelgroep wordt vergroot en	

	kostenverspilling wordt voorkomen door adequate ketensamenwerking. • Ondersteuning aan instellingen om uitval uit zorg te voorkomen; • Ondersteunen van ontwikkelingen en nieuw beleid voor de doelgroep OGGZ/MZ| bij de decentralisaties en kanteling WMO.
Normen, richtlijnen en protocollen	Regionale beleidsvisies
Indicatoren GGD benchmark	-

In de Wmo 2015 is de OGGZ integraal opgenomen in de taken voor alle burgers. Begrippen als OGGZ, bemoeizorg of sociale uitsluiting zijn niet meer specifiek omschreven. Uiteraard is de doelgroep zelf en het verschijnsel van zorgmijding daarmee niet verdwenen. Relevant blijft dat het college zorg moet dragen voor de maatschappelijke ondersteuning en dat voor een zeer kleine groep geldt dat zij zich niet zelf zullen melden bij de gemeente en zorgaanbod zullen mijden. Deze groep vraagt daarom om een gecoördineerde, pro-actieve aanpak. De gemeente heeft daarbij de opdracht om samen te werken en een goede keten tot stand te brengen:

Het gaat om een ketenbenadering: preventie en vroegsignalering gaat bijvoorbeeld in samenwerking met woningcorporaties. Ook het toeleiden van verloederde en zorgmijdende mensen naar zorg en ondersteuning hoort daarbij. (Memorie van Toelichting Wmo 2015, p. 34).

Ook in de brief van Van Rijn van 28 augustus 2014 is de doelgroep specifiek benoemd: "*binnen het publieke gezondheidsdomein is specifiek aandacht voor groepen met grote gezondheidsrisico's. Daarbij staat de sociale vangnetfunctie centraal"*. Tegenwoordig wordt dit meestal het beleidsdomein Maatschappelijke Zorg genoemd.

Tot slot zijn vele wetten op de doelgroep van toepassing die zich specifiek op de doelgroep richten of om een nadere invulling en uitwerking voor de doelgroep vragen, zoals de komende Wet Verplichte GGZ (huidige BOPZ), Wet langdurige zorg, Wet schuldhulpverlening, WPG, Wet op de jeugdzorg, Wet Tijdelijk Huisverbod, Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling, Participatiewet en wetgeving rondom privacy en gegevenstuitwisseling.

Maatschappelijke Zorg (MZ)
GGD beleid OGGZ/MZ werkt op diverse manieren mee aan de vorming en uitvoering van beleid MZ door:

A. ondersteuning en advisering (gevraagd en ongevraagd)van de centrumgemeenten bij het opstellen van het regionale beleid Maatschappelijke zorg alsook de gemeenten bij de ontwikkeling van het lokale beleid voor de doelgroep Maatschappelijke Zorg, alsook bij de regionale samenwerking voor de doelgroep MZ.
B. ondersteunende taken voor gemeenten en instellingen via taken voor platforms, werkgroepen .
C. het afsluiten van convenanten te bevorderen die gericht zijn op het voorkomen van uitval (huisuitzettingen, laatste kans beleid, energieafsluitingen, waterafsluitingen).
D. het initiëren en ondersteunen van projecten die 1) herstel, 2) het bevorderen van participatie van mensen met een langdurige beperking en 3) het voorkomen van terugval (maatschappelijk steunsysteem) bevorderen.
E. ontwikkeling of realiseren van scholing, instrumenten en preventie activiteiten.

6.2 Meldpunt Zorg en Overlast

Doel	Aannemen van meldingen en signalen van burgers en professionals, toe leiden naar zorg- en/of hulpverlening en vervolgens monitoren. Het bieden van informatie, advies en consultatie over cliëntgebonden en niet cliëntgebonden zaken.	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	Kern is de zogenaamde 'vangnetfunctie' als taak van publieke gezondheidszorg voor risicogroepen. Deze is beschreven in prestatieveld 8 van de Wmo: Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. En onlangs benadrukt door de minister in de kamerbrief over betrouwbare publieke gezondheid (d.d. 28 augustus 2014): *Het gaat om het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Onder dit beleidsterrein zijn alle activiteiten van de gemeente op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg begrepen. Hiermee is de keten van collectieve preventie van (ernstige) psychosociale problemen, het opsporen en toeleiden naar de zorg en de opvang in één hand en kan optimale samenhang worden nagestreefd.* *De 'vangnetfunctie' richt zich op mensen die het op meerdere fronten tegelijk niet redden in de maatschappij zoals multi-probleem gezinnen, chronisch psychiatrische patiënten, daklozen, ongedocumenteerden, situaties van huiselijk geweld en kindermishandeling. Gemeenten zetten in op een integrale aanpak van zorg en ondersteuning in deze situaties. Daarbij is het ook belangrijk dat de sociaal-medisch georiënteerde blik, vanuit de publieke gezondheid, wordt gewaarborgd.*	
Financien	Meldpunt Zorg en Overlast	**€ 0,82**
Beoogde maatschappelijke effecten	• Door vroeg signalering en oppakken van signalen voorkomen dat kwetsbare burgers buiten de boot vallen en/of voorkomen van dakloosheid en uitval uit zorg. • Voorkomen van huisuitzetting, voorkomen van verergering van problematiek, voorkomen van verdere daling op de OGGZ ladder (trap van uitval en herstel) • Bevorderen dat hulpverlenende instellingen per casus samenwerken en komen tot een afgestemde en geïntegreerde aanpak bij Multi problematiek , nazorg ex gedetineerden en voorkomen huisuitzetting. • Door het toe leiden naar de benodigde hulp en/of ondersteuning bevorderen dat burgers waar de zelfredzaamheid tekort schiet toch in hun eigen woonomgeving kunnen blijven participeren.	
Normen, richtlijnen en protocollen		
Indicatoren GGD benchmark	-	

Wat doet het Meldpunt
Voor deze complexe doelgroep biedt het Meldpunt Zorg en Overlast bemoeizorg en een sociaal vangnet door:

- Meldpunt: voor signalen van zorg en/of overlast bij burgers met geringe zelfredzaamheid die niet zelf om ondersteuning vragen en deze zelfs mijden;
- Advies: vanuit expertise met de doelgroep advies over cliëntgebonden en niet cliëntgebonden zaken aan burgers en beroepskrachten en gemeente;
- Triage: analyse van en onderzoek naar de meest effectieve en efficiënte aanpak
- Toeleiding: het meldpunt leidt mensen toe naar juiste en passende zorg;
- Monitoring: van de situatie en houdt contact tot de hulpverlening goed op gang is gekomen;
- Regie: proces- en casusregie in de ketensamenwerking, het Meldpunt maakt deel uit van diverse convenanten; het Meldpunt legt verbinding met de domeinen Volwassenen, Jeugd en Veiligheid;
- Registratie: met als doel enerzijds overzicht over de meest kwetsbare burgers in de regio en het leveren van regionale informatie voor signalen, ontwikkelingen en trends en daarmee beleidsvoorbereiding.

Het Meldpunt Zorg & Overlast biedt zelf geen maatwerkvoorzieningen, maar richt zich op *toeleiding* van burgers die ondersteuning behoeven maar daar niet zelf om vragen of deze mijden; het gaat om toeleiden naar zowel Wmo- als specialistische zorg (Zvw, AWBZ). Waar mogelijk schaalt het Meldpunt af naar sociale wijkteams en Jeugd- en gezinsteams.

Wat betreft de taak tot “onderzoek” in de nieuwe wet. Het Meldpunt Zorg & Overlast voert zoals hierboven omschreven ook een uitgebreid onderzoek uit (triage: huisbezoek, achtergrondonderzoek en netwerkanalyse). Dit doet het Meldpunt alleen voor de OGGZ-doelgroep. Het Meldpunt Z&O kan daarom een adviserende rol hebben in het toekennen van een maatwerkvoorziening bij zorgmijdende burgers, door de regiogemeenten.

Samenhang met product Veilig Thuis
Vanaf 2015 is Veilig Thuis ondergebracht bij de RDOG HM samen met het Meldpunt Zorg en Overlast. Hierdoor ontstaat er een samenhangend aanbod en aanpak voor de groep kwetsbare burgers die in een onveilige of instabiele situatie terecht zijn gekomen of dreigen te komen.

In de regiovisie Geweld in Huiselijke Kring Hollands Midden 2014-2018 is de samenhang tussen het Meldpunt Zorg en Overlast en Veilig Thuis uitgewerkt en vastgesteld. Hierin is besloten dat de taken van beide en de Wet Tijdelijk Huisverbod en de Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling door één team wordt uitgevoerd.

De medewerkers van het Meldpunt Zorg en Overlast voeren al sinds jaar en dag de cliëntgebonden contacten uit in het Steunpunt huiselijk geweld, om redenen van effectiviteit en efficiëntie. Veilig Thuis Hollands Midden sluit daarmee naadloos aan op de specialiteit van het Meldpunt Zorg en Overlast, als specialist op het terrein van complexe zorgwekkende problematiek. Deze specialistische kennis is van grote waarde, bijvoorbeeld bij het begin van het proces, waar een gedegen triage belangrijk is.[2] Voor de triage en zorgtoeleiding maken we gebruik van onze specifieke verbondenheid in samenwerking en in de convenanten met specialistische partners zoals politie, justitieel kader, veiligheidshuis, GGZ, verslavingszorg, jeugdzorg, schuldhulpverlening, woningcorporaties.

[2] “Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp. Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4.” (Verwey Jonker, mei 2014)

6.3 Basiszorg coördinatie kwetsbare kinderen

Bij de regel ‘financiën’ is de afkorting CAD toegevoegd. Dit is de afkorting van het begrip ‘collectieve aanvullende dienst’. Op geleide van de discussie in 2015 wordt bepaald of deze collectieve aanvullende dienst verder worden getransformeerd naar ‘individuele’ aanvullende dienst of op andere wijze wordt vormgegeven.

Doel	Voorkomen dat kinderen van ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblematiek zelf ernstige problemen ontwikkelen, door ervoor te zorgen dat deze kinderen voldoende basiszorg ontvangen en er voor het hele gezin de juiste hulpverlening is voor hun problematiek.	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	Bkk levert zorgcoördinatie, de functie die de afstemming van de hulp en zorg regelt die vanuit verschillende voorzieningen aan het kind en gezin worden geboden. Deze functie is één van onderdelen van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg. Dit basistakenpakket wordt aangeboden op grond van de Wet Publieke Gezondheidszorg en het Besluit Publieke Gezondheidszorg. Daarnaast levert Bkk een bijdrage aan de preventieve ondersteuning van jeugdigen, onderdeel van prestatieveld 2 uit de WMO.	
Financien	BKK	€ 0,67 per inwoner Collectieve Aanvullende Dienst (CAD)
Beoogde maatschappelijke effecten	• De preventieve aanpak door middel van vroegtijdige signalering en de inzet van opvoedingsondersteuning vermindert het aantal verwijzingen naar de geïndiceerde zorg en is daarmee goedkoper. • In lijn met de WMO wordt ingezet op participatie en eigen kracht van ouders.	
Normen, richtlijnen en protocollen	-	
Indicatoren GGD benchmark	-	

6.4 Veilig Thuis

Doel	Het realiseren van een integrale aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling in Hollands Midden, dat wil zeggen: 1. een samenhangend aanbod van preventie, vroeg signalering, adequate opvang en toeleiding naar hulpverlening en nazorg voor slachtoffers, daders en omstanders. 2. Samenhang in triage en aanpak door onder meer systeemgericht werken en 1plan, 1 regisseur. 3. Eén meldpunt voor alle vormen van huiselijk geweld en kindermishandeling voor burgers en professionals. 4. Aanpak huiselijk geweld , kindermishandeling en complexe zorgwekkende problematiek wordt in samenhang georganiseerd door Veilig Thuis en Meldpunt Zorg en Overlast.	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	Veilig Thuis is via het wetsvoorstel voor de Jeugdwet opgenomen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, zie artikel 11.2 in de Jeugdwet). Voor de aansluiting op de jeugdketen is in de Jeugdwet opgenomen dat bij het inrichten van Veilig Thuis gemeenten aandacht moeten hebben voor de samenhang met de jeugdketen (artikel 2.2, tweede lid, onderdeel b, Jeugdwet). Op grond van de Wmo zullen bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) nadere regels worden gesteld over Veilig Thuis. Het wettelijk kader verwoordt kwaliteitseisen voor het Veilig Thuis.	
Financien	Veilig Thuis	Subsidierelatie met centrumgemeenten Leiden en Gouda en met gemeente Voorschoten[3]
Beoogde maatschappelijke effecten	Gemeenten beogen het aantal gevallen van huiselijk geweld en kindermishandeling fors terug te dringen. Volgens politieschattingen zijn er in Nederland jaarlijks een half miljoen mensen slachtoffer van huiselijk geweld. In alle gemeenten en instellingen in de veiligheidsregio Hollands Midden wordt de verantwoordelijkheid genomen om dit probleem met grote individuele en maatschappelijke gevolgen terug te dringen. Veilig Thuis heeft een centrale rol in de preventie van en laagdrempelige hulpverlening bij huiselijk geweld en kindermishandeling. Veilig Thuis is een herkenbare organisatie die makkelijk bereikbaar is voor alle burgers en heeft een spilfunctie in de lokale/regionale samenwerkingsverbanden teneinde huiselijk geweld en kindermishandeling te voorkomen, vroegtijdig te signaleren en aan te pakken in een systeemgerichte benadering. Goede nazorg voorkomt nieuw huiselijk geweld en daarmee de overdracht van geweld van generatie op generatie.	
Normen, richtlijnen en protocollen	Regiovisie Geweld in huiselijke kring Hollands Midden	
Indicatoren GGD benchmark	-	

[3] Voorschoten is niet aangesloten op totale beleidsterrein decentralisatie in Holland Rijnland vanwege oriëntatie op regio Haaglanden en maakt daarom aparte afspraken over Veilig Thuis.

7. Uitgangspunten begroting

De onderstaande beschrijving beperkt zich tot de begroting van de programma openbare gezondheidszorg en het programma geneeskundige hulpverlening. De kosten van het programma ambulancezorg worden gefinancierd door zorgverzekeraars.

7.1 Taakstelling financieel kader gemeenschappelijke regelingen

In de brief van de werkgroep financieel kader gemeenschappelijke regelingen Hollands Midden van 31 oktober 2014 wordt een bezuiniging van 0,34 % voor 2016 voorgesteld.
Deze bezuiniging komt bovenop de reeds lopende bezuinigingstrajecten en taakstellingen.
De invulling van de bestaande bezuinigingen 2016 is nog niet volledig geconcretiseerd. Ondanks dat rekent de RDOG HM in dit concept programma met deze extra taakstelling van 0,34%. Dit betekent dat de RDOG HM door de stapeling van bezuinigingen in 2016 €150.000 meer bezuinigt dan het financieel kader GR'en voorschrijft.

7.2 Beleid indexatie 2016

Het Algemeen bestuur van de RDOG HM volgt ook wat betreft de indexering de werkgroep Financieel kader Gemeenschappelijke regelingen. Dit betekent voor de index van het jaar 2016 het volgende:

Index begroting 2016 Gemeenschappelijke Regelingen

• Index 2016 o.b.v. pBBP	0.75 %
• Nacalculatie index 2015	-0.16 %+
Index gemeentelijke bijdrage begroting 2016 RDOG HM	**0,59%**

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

7.3 Prognose bijdrage programma Geneeskundige Hulpverlening

Aan het dagelijks bestuur VRHM resp. aan het algemeen bestuur VRHM wordt in hun vergaderingen van 29 januari 2015 resp.19 februari 2015 advies gevraagd over de begrotingsuitgangspunten 2016 voor het programma geneeskundige hulpverlening[4]. Deze begrotingsuitgangspunten wordt in de vergaderingen van het dagelijks bestuur van de RDOG HM en het algemeen bestuur RDOG HM ter vaststelling aangeboden op 5 maart 2015 resp. 25 maart 2105.

De tabel in paragraaf 7.4 bevat de indicatie voor 2016 zoals die begin januari 2015 bekend is.

[4] Artikel 26, GR RDOG

7.4 Prognose bijdrage programma OGZ

Onderstaande tabel schetst de gemeentelijke bijdrage 2016.

Bijdrage RDOG 2016	Aantal kinderen begroting 2016	Aantal inwoners begroting 2016	bijdrage 2015	Programma Openbare GezondheidsZorg 2016										Geneeskundige hulpverlening	
				Bestuurson-dersteuning	OGZ AGZ, Stafbureau en MZVT	Lijkschouw, BOPZ-online en HV-online	MZVT OGGZ	PZJ 0-19	CAD: Extra zorg JGZ, , zorg-afstemming, BKK, stevig ouderschap	Totaal GGD-sectoren 2016 exclusief index en taakstelling Financieel kader GR'en	Index 2016 Financieel kader GR'en	Taakstelling Financieel kader GR'en	Totaal GGD-sectoren 2016 inclusief index en taakstelling Financieel kader GR'en	GHOR, inclusief index en taakstelling Financieel kader GR'en	Totaal Generaal, inclusief index en taakstelling Financieel kader
Functie				**002/006**	**714**	**140**	**714**	**715**	**715**						
BPI/BPK				€ 0,97	€ 4,83	€ 0,34	€ 0,82	BPI= €10,80 BPK = €234,42	BPI= € 0,89 BPK = €35,84	BPI= €18,65 BPK = €270,26	BPI= 0,11 BPK= 1,61	BPI= -0,06 BPK= -0,93	BPI= €18,70 BPK = €270,94	€ 2,43	
Alphen ad Rijn	4.810	106.785	3.375.572	103.581	515.772	36.307	87.564	2.280.838	267.429	3.291.491	19.490	-10.880	3.300.101	259.488	3.559.588
Bod-Reeuwijk	1.445	32.910	1.016.032	31.923	158.955	11.189	26.986	694.165	81.079	1.004.297	5.947	-3.318	1.006.925	79.971	1.086.897
Gouda	3.347	70.941	2.246.798	68.813	342.645	24.120	58.172	1.550.767	183.094	2.227.610	13.192	-7.369	2.233.433	172.387	2.405.820
Hillegom	862	20.944	633.957	20.316	101.160	7.121	17.174	428.265	49.534	623.570	3.692	-2.058	625.203	50.894	676.097
Kaag en Braassem	1.035	25.745	772.206	24.973	124.348	8.753	21.111	520.671	60.007	759.863	4.498	-2.507	761.854	62.560	824.415
Katwijk	3.193	62.782	2.085.270	60.899	303.237	21.346	51.481	1.426.549	170.313	2.033.824	12.047	-6.736	2.039.135	152.560	2.191.695
Krimpenerwaard	2.159	53.853	1.634.405	52.237	260.110	18.310	44.159	1.087.725	125.308	1.587.850	9.400	-5.239	1.592.011	130.863	1.722.873
Leiden	4.946	121.163	3.645.010	117.528	585.217	41.195	99.354	2.468.002	285.100	3.596.396	21.291	-11.870	3.605.817	294.426	3.900.243
Leiderdorp	1.107	26.813	802.061	26.009	129.507	9.116	21.987	549.083	63.538	799.240	4.732	-2.638	801.334	65.156	866.489
Lisse	893	22.336	674.025	21.666	107.883	7.594	18.316	450.566	51.884	657.909	3.895	-2.171	659.633	54.276	713.909
Nieuwkoop	999	27.104	797.479	26.291	130.912	9.215	22.225	526.909	59.927	775.479	4.590	-2.555	777.514	65.863	843.377
Noordwijk	947	25.691	747.756	24.920	124.088	8.735	21.067	499.459	56.805	735.073	4.351	-2.422	737.002	62.429	799.431
Noordwijkerhout	588	15.956	457.993	15.477	77.067	5.425	13.084	310.164	35.275	456.492	2.702	-1.504	457.690	38.773	496.463
Oegstgeest	931	22.910	696.895	22.223	110.655	7.789	18.786	465.673	53.757	678.884	4.019	-2.240	680.662	55.671	736.333
Teylingen	1.452	35.735	1.091.518	34.663	172.600	12.150	29.303	726.316	83.844	1.058.875	6.269	-3.494	1.061.649	86.836	1.148.485
Voorschoten	1.096	24.951	769.541	24.202	120.513	8.483	20.460	526.395	61.487	761.541	4.509	-2.516	763.534	60.631	824.165
Waddinxveen	1.105	25.508	763.887	24.743	123.204	8.673	20.917	534.521	62.305	774.362	4.585	-2.558	776.388	61.984	838.373
Zoeterwoude	260	8.075	228.127	7.833	39.002	2.746	6.622	148.159	16.505	220.866	1.307	-726	221.447	19.622	241.069
Zuidplas	1.779	40.892	1.239.775	39.665	197.508	13.903	33.531	858.667	100.153	1.243.428	7.362	-4.108	1.246.683	99.368	1.346.050
Afronding			1					0		0			0	-2.991	-2.991
Totaal	**32.954**	**771.094**	**€ 23.678.308**	**€ 747.961**	**€ 3.724.384**	**€ 262.172**	**€ 632.297**	**€ 16.052.892**	**€ 1.867.345**	**€ 23.287.051**	**€ 137.876**	**-€ 76.913**	**€ 23.348.015**	**€ 1.870.767**	**€ 25.218.782**

Een toelichting:

A. Het merendeel van de GGD producten en ook de bijdrage voor het programma geneeskundige hulpverlening wordt bekostigd op basis van een bijdrage per inwoner.
B. Een deel van de producten wordt bekostigd op basis van een bijdrage per kind 0-4 jaar
    - Prenatale voorlichting en zorg (basistaak)
    - JGZ 0-4 jaar (basistaak)
    - In de jaren 2015 en 2016 de collectieve aanvullende dienst Stevig Ouderschap.
C. Afspraak uit 2011 is dat er per 2016 1procent op de Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar wordt bezuinigd berekend over de kosten voor de basistaken JGZ in 2011. Dit verklaart de daling in de BPI/BPK 2016 ten opzichte van 2015 voor de JGZ 0-19 jaar.
D. Conform de conclusies naar aanleiding van het onderzoek AEF worden naast Stevig Ouderschap ook extra zorg risicokinderen, zorgcoördinatie en Basiszorgcoördinatie Kwetsbare Kinderen als collectieve aanvullende dienst gezien. De werkzaamheden zijn deels bekostigd per inwoner en deels per kind 0-4 jaar. Zie de roze gearceerde kolom in tabel 7.4.
E. De overige aanvullende diensten van de GGD lopen uiteen per subregio en per gemeente. De bedragen zijn niet weergegeven in de tabel.
F. De eventuele huisvestingskosten JGZ die de RDOG HM worden jaarlijks apart afgerekend per locatie per gemeente. De RDOG brengt de werkelijke huisvestingskosten vermeerderd met een administratieve opslag van 5 % in rekening bij de betreffende gemeente. De bedragen zijn niet weergegeven in de tabel.
G. De kosten voor Veilig Thuis worden gesubsidieerd vanuit de centrumgemeenten Gouda en Leiden. De bedragen zijn niet weergegeven in de tabel.

Verschil programma Openbare Gezondheidszorg 2015 -2016

De gemeentebijdrage voor het programma OGZ daalt ondanks de indexatie met € 331.483. Onderstaande tabel schetst waar dit verschil door wordt veroorzaakt.

		aantal	bedrag
Oorzaak verschil 2015-2016	Krimp aantal kinderen	589	-157.646
	Toename inwoners	2.449	46.066
	Bezuiniging 2016 JGZ		-150.038
	Digitale sociale kaart ZHN per 2016 niet in BPI voor gemeenten ZHN	130.828	-130.828
	korting GR'en		-76.913
	index		137.876
	Totaal		**-331.483**

7.5 Meerjarenontwikkeling gemeentebijdrage RDOG HM

Onderstaande tabel schetst de meerjarenontwikkeling van de gemeentebijdrage 2015-2019.

Programma Openbare Gezondheidszorg en Geneeskundig hulpverlening						
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	
Bekostigd per inwoner (BPI)						
OGZ: Infectieziekten en MMK	3,26	3,26	3,27	3,27	3,27	
OGZ: Epidemiologie, GB en beleidsadvisering	1,22	1,22	1,22	1,22	1,22	
Bestuursondersteuning	0,97	0,97	0,97	0,97	0,97	
Openbare O&V: Lijkschouw	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	
Subtotaal AGZ en stafbureau	*5,64*	*5,64*	*5,65*	*5,65*	*5,65*	
OGZ: OGGZ	0,35	0,35	0,35	0,35	0,35	
OGZ: meldpunt	0,82	0,82	0,83	0,83	0,83	
Openbare O&V: HV-online en BOPZ-online	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	
OGZ: BKK	0,67	0,67	0,67	0,67	0,67	CAD
Subtotaal MZVT	*1,99*	*1,99*	*2,00*	*2,00*	*2,00*	
OGZ: PZJ JGZ 4-19 jaar	10,97	10,80	10,83	10,83	10,83	
Extra zorg/risicokinderen-Zorgafstemming JGZ 4-19	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	CAD
Subtotaal PZJ 4-19	*11,19*	*11,02*	*11,05*	*11,05*	*11,05*	
Index financieel kader GR'en 2016	-	0,11	-	-	-	
Taakstelling financieel kader GR'en 2016	-	-0,06	-	-	-	
Totaal BPI GGD HM	**18,82**	**18,70**	**18,70**	**18,70**	**18,70**	
Bekostigd per kind (BPK)						
OGZ: PZJ vergoeding JGZ 0-4 jaar	230,55	229,95	230,53	230,53	230,53	
Prenatale voorlichting	4,47	4,47	4,48	4,48	4,48	
Extra zorg/risicokinderen-Zorgafstemming JGZ 0-4	20,78	20,78	20,82	20,82	20,82	CAD
Stevig ouderschap	15,06	15,06	15,10	15,10	15,10	CAD
Index financieel kader GR'en 2016	-	1,61	-	-	-	
Taakstelling financieel kader GR'en 2016	-	-0,93	-	-	-	
Totaal BPK GGD HM	**270,86**	**270,94**	**270,94**	**270,94**	**270,94**	
Vergoeding per kind omgerekend naar BPI	11,82	11,58	11,58	11,58	11,58	
Totaal PZJ 0-19 omgerekend naar BPI	23,01	22,60	22,63	22,63	22,63	
Indicatie gemiddelde BPI GGD HM, inclusief index en taakstelling 2016	**30,64**	**30,28**	**30,28**	**30,28**	**30,28**	
BPI Geneeskundige hulpverlening, inclusief index en taakstelling 2016	2,43	2,43	2,43	2,43	2,43	
Indicatie gemiddelde totale BPI RDOG HM, inclusief index en taakstelling 2016	**33,07**	**32,71**	**32,71**	**32,71**	**32,71**	

NB: Voor het product extra zorg jeugdgezondheidszorg is de verdeling tussen JGZ 0-4 (bijdrage per Kind) en JGZ 4-19 (bijdrage per inwoner) vooralsnog geschat op 80/20. Het zou kunnen dat de verhouding tussen de BPI en BPK voor deze collectieve aanvullende dienst nog wijzigt.

Bijlage Overzicht Basistaken & Aanvullende taken GGD HM

Sector Algemene Gezondheidszorg

Basistaken Algemene Gezondheidszorg

2.11 Infectieziektebestrijding
2.12 Soa/Sense
2.13 Tuberculosebestrijding (TBC)
2.14 Medische Milieukunde (MMK)
2.15 Technische hygiënezorg (THZ)
2.16 Lijkschouw

Aanvullende taken AGZ

2.21 Forensische Geneeskunde
2.22 Sociaal Medische Advisering
2.23 Reizigerszorg
2.24 Groepsvaccinaties
2.25 Besmettingsaccidenten
2.26 GeZZondcheck 2.0
2.27 Overige producten AGZ

Sector Publieke zorg voor de jeugd

Basistaken Publieke Zorg voor de Jeugd

3.11 Prenatale voorlichting en zorg
3.12 JGZ Contactmomenten 0-19 jaar
3.13 Extra zorg / risicokinderen (begeleiding en instructie)
3.14 Zorgafstemming enkelvoudig/sociaal-medisch
3.15 Rijksvaccinatieprogramma 0-19
3.16 Gezondheidsbevordering jeugd
3.17 Beleidsadvisering (incl. gezondheidsbedreigingen en calamiteitenteam)
3.18 Inspectie kinderopvang

Aanvullende taken Publieke zorg voor de jeugd

3.20 Extra zorg / risicokinderen (begeleiding en instructie) (CAD)
3.21 Zorgafstemming meervoudig/complex in multidisciplinaire netwerken (CAD)
3.22 Stevig Ouderschap (+) (CAD)
3.23 Preventieve Logopedische Zorg
3.24 Opvoedingsondersteuning (universele preventie)
3.25 Opvoedingsondersteuning (selectieve preventie)
3.26 CJG/JGT Overleg
3.27 CJG Dienstverlening
3.28 Verslavingspreventie
3.29 Overige producten PZJ

3.3 Huisvestingskosten JGZ/CJG

Sector Maatschappelijk Zorg en Veilig Thuis

Basistaken Maatschappelijk Zorg en Veilig Thuis

4.11 OGGZ / Maatschappelijke Zorg – preventie en beleid
4.12 Meldpunt Zorg en Overlast
4.13 BOPZ- online
4.14 Huisverbod- online

Aanvullende taken Zorg voor kwetsbare burgers

4.20 Basiszorgcoördinatie Kwetsbare Kinderen (BKK) (CAD)
4.21 Veilig Thuis
4.22 Overige producten maatschappelijke zorg en veilig thuis

Stafbureau RDOG HM

Basistaken Stafbureau

5.11 Epidemiologie: Groepsgerichte monitoring
5.12 Advisering Gezondheidsbeleid en Gezondheidsbevordering
5.13 GGD Rampenopvangplan
5.14 Bestuursondersteuning gemeenten

Aanvullende taken Stafbureau

5.21 Digitale Publieksinformatie
5.22 Monitor Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
5.23 Hara, gezondheidsbevordering en OGGZ
5.24 Overige producten Stafbureau