

Samen zorgen voor al onze jeugd

Naar een ontschotte en gezamenlijk gefinancierde Jeugdgezondheidszorg in de regio Utrecht

Eindrapportage, november 2016

**Projectgroep ontschotte en gezamenlijke gefinancierde integrale
jeugdgezondheidszorg GGDrU**

Marcel Benard (Lysias Advies)
Judith Ludding
Monique Westerlaken
Dennis de Jager
Charlotte van Vught (Lysias Advies)

Samen zorgen voor al onze jeugd

Naar een ontschotte en gezamenlijk gefinancierde Jeugdgezondheidszorg in de regio Utrecht

INHOUD	Blz.
Samenvatting.....	1
1 Inleiding en probleemstelling	3
1.1 Inleiding en probleemstelling.....	3
1.2 Opdracht en werkwijze	4
1.3 Leeswijzer	5
2 Voorgeschiedenis en veranderde context	6
2.1 Achtergrond en doel integratie jeugdgezondheidszorg 0-18	6
2.2 Overdracht jeugdgezondheidszorg 0-4 in drie fasen.....	6
2.3 Opgave en gerealiseerde stappen integratie	8
2.4 Landelijke ontwikkelingen wet- en regelgeving.....	8
3 Werkwijze en basispakket JGZ in de regio Utrecht	10
3.1 Inleiding	10
3.2 Gewenste werkwijze regio Utrecht.....	10
3.3 Het nieuwe basispakket regio Utrecht.....	12
3.4 Omvang van de veranderingen in het basispakket	15
3.5 Voorstel bestuursbesluit.....	16
4 Ontschotten en collectief financieren: wat is het en waarom is het nodig?	17
4.1 Inleiding	17
4.2 Betekenis van ontschotten en collectief financieren	17
4.3 Waarom ontschotten en collectief financieren?.....	18
4.4 Ruimte voor individuele wensen van gemeenten blijft	19
4.5 Utrecht en Vianen.....	19
4.6 Aanpassing gemeenschappelijke regeling	20
4.7 Voorstel bestuursbesluit	20
5 Gemeentelijke bijdragen aan ontschotte en collectief gefinancierde jeugdgezondheidszorg.....	21
5.1 Inleiding	21
5.2 Bepalen van de gemeentelijke bijdragen.....	21

5.3	Mogelijke verdeelsleutels en argumenten	21
5.4	Financieel effect herverdeling	23
5.5	Omgaan met herverdeeffecten	25
5.6	Voorstel bestuursbesluit.....	25
Bijlage 1:	Samenstelling basispakket conform Besluit PG	26
Bijlage 2:	Betekenis verschuiving maatwerk naar basispakket	28
Bijlage 3:	Vergelijking referentieregio's	29
Bijlage 4:	Analyse huidige kosten JGZ per kind	30

Samenvatting

Deze rapportage bevat de onderbouwing van de voorstellen aan het bestuur om te komen tot een ontschotte en gezamenlijk gefinancierde integrale jeugdgezondheidszorg voor 0-18 jarigen in de regio Utrecht.

In de regio Utrecht hebben gemeenten gekozen voor een integrale werkwijze in de Jeugdgezondheidszorg voor 0- 18 jarigen. De integratie van jeugdgezondheidszorg voor 0-18-jarigen is gerealiseerd met de bedoeling goede zorg voor alle kinderen en hun ouders in de regio te leveren. Een goed georganiseerde jeugdgezondheidszorg met een stevig inhoudelijk fundament en een zeker volume biedt een goede basis voor preventie in het sociaal domein.

Naast de JGZ-taak voor 4-18 jarigen voert GGDrU sinds 1 januari 2016 jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen uit voor het hele gebied, met uitzondering van Vianen en Utrecht. Integrale jeugdgezondheidszorg is geen optelsom van de delen 0-4 en 4-18, maar vraagt om afstemming en samentrekking van werkprocessen. Een integrale werkwijze vraagt dat medewerkers zoveel mogelijk voor alle leeftijdscategorieën inzetbaar zijn. Dit betekent dat de manier waarop zij werken verandert. En dat betekent dat de bestaande manier van financieren en verantwoorden knelt, omdat deze voor JGZ 0-4 en 4-18 afzonderlijke financierings- en verantwoordingsstromen kent. Deze zaken vragen om een ontschotte financiering. Ontschotten en collectief financieren betekent vereenvoudigen van de financiering van jeugdgezondheidszorg en daarmee beter faciliteren van de geïntegreerde werkwijze 0-18 en verminderen van de administratieve lasten van jeugdgezondheidszorg.

Daar komt bij dat in 2015 de regelgeving is veranderd, waardoor de invulling van het basispakket jeugdgezondheidszorg iets is aangepast. Het nieuwe basispakket JGZ houdt geen radicale koerswijzigingen in, maar legt enkele andere accenten (de mogelijkheid de contactmomenten flexibeler in te vullen) en sluit aan bij de veranderingen in het sociale domein, zoals aansluiten bij de lokale zorgstructuur. Ook is een aantal taken standaard opgenomen, die in sommige gemeenten nu nog apart wordt gefinancierd (zoals het digitaal dossier, het contactmoment voor adolescenten, lokaal samenwerken en verbindende jeugdgezondheidszorg). Deze wijziging in wet- en regelgeving vraagt om een meer collectieve financiering. Op dit moment staan de verschillende financieringsstromen een geactualiseerde (basispakketproof), flexibele, transparante en efficiënte werkwijze in de weg.

De beweging naar een ontschotte en collectieve financiering vormt het antwoord op deze uitdagingen. Het is een bewuste keuze om jeugdgezondheidszorg meer in gezamenlijkheid en solidariteit te benaderen. Naast de uitvoering van het nieuwe basispakket blijft het mogelijk individuele wensen op het terrein van jeugdgezondheidszorg neer te leggen bij GGDrU.

Voorwaarde om tot een collectief gefinancierde en ontschotte uitvoering van jeugdgezondheidszorg te komen, is aanpassing van de gemeenschappelijke regeling. Daarnaast is het noodzakelijk dat na ontschotting van de budgetten nieuwe afspraken gemaakt worden over de gemeentelijke bijdragen. Voorgesteld wordt deze kosten te verdelen op basis van het aantal kinderen per gemeente, omdat deze verdeelsleutel het meest aansluit bij de werklast voor jeugdgezondheidszorg.

Door de keuze voor een (uniforme) verdeelsleutel treden herverdeeleeffecten op. De bestaande gemeentelijke bijdragen aan de kosten van jeugdgezondheidszorg zijn in de afgelopen jaren historisch gegroeid. Dat betekent dat de gemeenten voor het huidige basispakket JGZ per kind verschillende bedragen betalen. Dit loopt uiteen van ca. € 82 tot € 100 per kind. In de historische ontwikkeling van de JGZ: van de kruisverenigingen via de thuiszorgorganisaties naar GGDrU, zijn historische verschillen in tarieven ontstaan. Deze zijn reëel gezien niet meer toe te rekenen aan het huidige dienstverleningsniveau en het aantal kinderen in gemeenten. Ook nam een aantal gemeenten geen maatwerktaken af die nu wel op basis van het Besluit publieke gezondheid verplicht in het pakket zitten.

Bij invoering van een objectieve verdeelsleutel zal door het verschil in startpositie altijd een herverdeeleeffect ontstaan. Dit betekent dat sommige gemeenten meer en sommige minder gaan betalen aan JGZ dan dat zij nu gewend zijn. De herverdeeleeffecten zijn in paragraaf 5.4 van de rapportage benoemd. Op basis van bestuurlijke bespreking van het voorstel tijdens de bestuursconferentie 2016 wordt voorgesteld een ingroeiperiode van drie jaar te hanteren om het eindbeeld van de objectieve verdeling van kosten te bereiken.

De rapportage stelt op basis van het voorgaande voor de volgende besluiten te nemen:

1. Het bestuur van GGD regio Utrecht neemt kennis van de per 1 januari 2015 geldende landelijke regelgeving en besluit overeenkomstig deze regelgeving een nieuw Basispakket jeugdgezondheidszorg/GGDrU met de daar bijhorende budgetten, vast te stellen conform de beschrijving in paragraaf 3.3 van deze notitie.
2. Het bestuur van GGD regio Utrecht besluit de budgetten voor jeugdgezondheidszorg 0-18 te ontschotten en vanaf 2018 het Basispakket jeugdgezondheidszorg 0-18 volledig in de begroting van de GGD op te nemen.
3. Het bestuur van GGD regio Utrecht geeft de Directeur Publieke Gezondheid opdracht de voorbereidingen te treffen voor aanpassing van de gemeenschappelijke regeling, om invulling te geven aan beslispunt 1b. Bij de uitwerking van de aanpassing worden de afwijkende situaties van Utrecht en Vianen gerespecteerd.
4. De huidige bijdrage van Vianen aan de kosten van jeugdgezondheidszorg vast te stellen op een percentage van de totale kosten jeugdgezondheidszorg. En dit percentage in de toekomst te hanteren om de bijdrage van de gemeente Vianen aan jeugdgezondheidszorg te bepalen.
5. De huisvestingskosten voor huisvesting jeugdgezondheidszorg apart per gemeente af te rekenen.
6. De kosten van de jeugdgezondheidszorg vanaf 2018 verdelen op basis van het aantal kinderen 0-18. Voor de periode 2018-2020 wordt een geleidelijk ingroeimodel gehanteerd. Gemeenten betalen dan in 2018 hun huidige jeugdgezondheidszorg-bijdrage en 1/3e deel van het voor-/nadeel, in 2019 hun huidige bijdrage en 2/3e deel van het voor-/nadeel. In 2020 betalen de gemeenten de uiteindelijke bijdrage.

1 Inleiding en probleemstelling

1.1 Inleiding en probleemstelling

Deze rapportage bevat de onderbouwing van de voorstellen aan het bestuur om te komen tot een ontschotte en gezamenlijk gefinancierde integrale jeugdgezondheidszorg voor 0-18 jarigen in de regio Utrecht.

Sinds 2010 is het takenpakket van GGD regio Utrecht (GGDrU) in een aantal fasen uitgebreid met de uitvoering van jeugdgezondheidszorg aan 0-4 jarigen. Daarnaast is in 2015 de regelgeving¹ veranderd, waardoor de invulling van het basispakket jeugdgezondheidszorg enigszins is gewijzigd. Inmiddels is er een Landelijk Professioneel Kader (LPK) beschikbaar voor de jeugdgezondheidszorg. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) heeft dit kader ontwikkeld in nauwe samenwerking met de beroepsorganisaties in de JGZ, de brancheorganisaties ActiZ en GGD-GHOR Nederland, de VNG, het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Vanaf 1 januari 2016 vormt dit kader de officiële richtlijn in de sector, waaraan de Inspectie JGZ-organisaties toetst. Belangrijke elementen uit deze richtlijn zijn de toegenomen mogelijkheid tot een flexibeler uitvoering van de contactmomenten met kinderen en ouders (binnen kaders) en de eis om de jeugdgezondheidszorg goed aan te laten sluiten bij het lokale zorgveld.

Een goed functionerende jeugdgezondheidszorg is een belangrijke voorziening voor gemeenten om de transformatie in het sociaal domein te realiseren. Dat vraagt om een jeugdgezondheidszorg die flexibel in kan spelen op de vragen die voorliggen: zowel in de richting van kinderen en ouders als in de richting van gemeenten. Met de organisatorische integratie van de jeugdgezondheidszorg 0-4 en 4-18 zijn daarvoor de organisatorische randvoorwaarden geschapen.

Zoals al tijdens de Bestuursconferentie van 2015 geconcludeerd, is het nu van belang ook de financieel-administratieve randvoorwaarden voor een flexibele, transparante en efficiënte uitvoering van de jeugdgezondheidszorg te waarborgen. Op dit moment staan de verschillende financieringsstromen een geactualiseerde (*basispakketproof*), flexibele, transparante en efficiënte werkwijze in de weg. Daarmee kan GGDrU minder goed aansluiten op lokaal verschillende behoeften. Dit vraagt om aanpassing van de wijze van financieren van de taak jeugdgezondheidszorg.

Met een andere vorm van financieren van jeugdgezondheidszorg kan GGDrU tevens invulling geven aan de bestuurlijke wens uit de kadernota 2017 om bedrijfsvoeringsrisico's zoveel mogelijk te minimaliseren, zoals past bij verlengd lokaal bestuur. Dat kan alleen als de verhouding van collectief-individueel gezond is. Om die reden is de bestuurlijke wens om een groter deel van het takenpakket van de GGDrU collectief (dus via opname in de begroting en verrekening via een verdeelsleutel) te financieren, zonder daarmee de flexibiliteit en lokale aansluiting binnen het basispakket te beperken of de deur voor intensivering en maatwerk dicht te doen.

¹ Besluit van 5 november 2014, houdende aanpassing van het Besluit publieke gezondheid vanwege een gewijzigd basistakenpakket jeugdgezondheidszorg (Besluit Publieke Gezondheid). Zie: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2014-449.html>

1.2 Opdracht en werkwijze

Het Dagelijks Bestuur van GGDrU heeft vanwege het voorgaande opdracht gegeven om een voorstel te ontwikkelen jeugdgezondheidszorg 0-18 op te nemen in het collectieve pakket van de GGD.

Een projectgroep van GGDrU heeft gewerkt aan het voorliggende voorstel voor de ontschotte en gezamenlijk gefinancierde integrale jeugdgezondheidszorg. Deze rapportage is het product van de projectgroep. Waar in dit document over 'we' wordt gesproken, is daar de projectgroep bedoeld.

Om gemeentelijke betrokkenheid te borgen, hebben de portefeuillehouder (Fleur Imming) en, de directeur PG (Nicolette Rigter) met alle wethouders jeugd individueel gesproken.

Resultaten bestuurlijke ronde

Het bestuurlijk traject heeft de volgende beelden opgeleverd:

- Er is brede steun voor de ingezette weg. Die wordt beschouwd als een vanzelfsprekende stap en nodig om integraal te werken en een stevige bedrijfsmatige basis onder de GGD te leggen.
- Professionals moeten ruimte hebben voor eigen afwegingen en keuzes in het belang van kinderen en ouders binnen het kader van budgettaire neutraliteit.
- Samenwerking lokaal is belangrijk en jeugdgezondheidszorg moet kunnen inspelen op de lokale variatie daarin.
- Er is aandacht gevraagd voor een zorgvuldige uitleg van het ontstaan van herverdeel-effecten (bij de keuze voor een verdeelsleutel). Mogelijk vraagt dit om een ingroei-periode. Uitgangspunt bij de financiering is dat de totale kosten van jeugdgezondheidszorg niet hoger zijn dan vóór de ontschotting.

Bij de uitwerking van het voorstel heeft een klankbordgroep, bestaande uit gemeentelijke medewerkers met inhoudelijke en financiële kennis, meegedacht over de invulling van de ontschotte en collectieve jeugdgezondheidszorg-financiering. De klankbordgroep is drie keer bijeengekomen. De leden van de klankbordgroep vertegenwoordigden niet hun gemeenten, maar waren als inhoudelijk deskundigen lid van de klankbordgroep.

Ook de klankbordgroep is van mening dat vanuit de inhoudelijke en organisatorische beweging de financiële ontschotting een logische vervolgstap is. Bij de uitwerking van de voorstellen heeft de klankbordgroep er aandacht voor gevraagd dat de invulling van de samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg en ketenpartners per gemeente verschillend is. Het is belangrijk dat jeugdgezondheidszorg met deze lokale verscheidenheid kan omgaan en erbij kan aansluiten. Collectieve financiering mag niet betekenen dat de uitvoering van jeugdgezondheidszorg een 'eenheidsworst' wordt. Daarnaast heeft de klankbordgroep meegedacht over de logica bij verschillende verdeelsleutels en over mogelijkheden om de (nadelige) effecten van werken met een verdeelsleutel te compenseren.

Het onderwerp ontschotte en collectief gefinancierde jeugdgezondheidszorg is tenslotte op de Bestuursconferentie van 3 november 2016 ter sprake geweest. Ter voorbereiding heeft een tweede bestuurlijke ronde plaatsgevonden, waarin gesproken is over de achtergronden van de voorstellen en de consequenties per gemeente. De bestuurders hebben unaniem hun steun uitgesproken voor de ontschotting van de budgetten. Iedereen is overtuigd van de onlogica om zorg aan verschillende kinderen uit één gezin op verschillende manieren te financieren en steunt daarom de lijn uit dit voorstel. Daarnaast is het bestuurlijk gesprek gevoerd over de gewenste verdeelsleutel voor de ontschotte JGZ en de eventueel te nemen compensatiemaatregelen. Tijdens de Bestuursconferentie zijn er richtinggevende uitspraken gedaan over de iJGZ. De richtinggevende uitspraken zijn verwerkt in dit rapport.

1.3 Leeswijzer

De opdracht is in de volgende hoofdstukken als volgt uitgewerkt:

- We starten in hoofdstuk 2 met een terugblik op de overgang van jeugdgezondheidszorg 0-4 naar de GGD en benoemen de voorbereidende inhoudelijke en organisatorische stappen die inmiddels zijn uitgevoerd om te komen tot een integrale uitvoering van jeugdgezondheidszorg. In dit hoofdstuk beschrijven we ook de veranderingen die inmiddels in wet- en regelgeving hebben plaatsgevonden.
- In hoofdstuk 3 schetsen we de inhoudelijke benadering die in de regio Utrecht wordt gehanteerd bij de uitvoering van jeugdgezondheidszorg. In dat hoofdstuk wordt de werkwijze van de integrale jeugdgezondheidszorg nader toegelicht. Ook beschrijven we welke verschuivingen optreden van het voormalige maatwerk naar het nieuwe basispakket jeugdgezondheidszorg. Dit hoofdstuk resulteert in het concept bestuursbesluit om in te stemmen met het hanteren van een nieuw Basispakket jeugdgezondheidszorg en de voorgestelde herverdeling van het voormalige maatwerk naar opname in het Basispakket of het maken van aanvullende afspraken.
- We schetsen vervolgens in hoofdstuk 4 de betekenis van het ontschotten en ineenschuiven van budgetten. Dit hoofdstuk resulteert in het voorstel om de financiering van het Basispakket van de integrale jeugdgezondheidszorg op te nemen in de GGD-begroting.
- Hoofdstuk 5 beschrijft de mogelijkheden voor een verdeelsleutel voor de gemeentelijke bijdragen aan de ontschotte en gezamenlijk gefinancierde jeugdgezondheidszorg.

2 Voorgeschiedenis en veranderde context

2.1 Achtergrond en doel integratie jeugdgezondheidszorg 0-18

De Wet publieke gezondheid (Wpg) belast colleges van B&W met taken op het gebied van publieke gezondheidszorg, waaronder jeugdgezondheidszorg. Jeugdgezondheidszorg kan door gemeenten bij verschillende organisaties worden belegd. Vanouds is de GGDrU verantwoordelijk voor de uitvoering van jeugdgezondheidszorg aan 4-18 jarigen in het gebied. De laatste jaren is daaraan door 24 van de 26 gemeenten in drie fasen de uitvoering van jeugdgezondheidszorg aan 0-4 jarigen toegevoegd (zie paragraaf 2.2).

De integratie van jeugdgezondheidszorg voor 0-18-jarigen is gerealiseerd met de bedoeling goede zorg voor alle kinderen en hun ouders in de regio te leveren. Een goed georganiseerde jeugdgezondheidszorg met een stevig inhoudelijk fundament en een zeker volume biedt een goede basis voor preventie in het sociaal domein. Argumenten en overwegingen bij de integratie van jeugdgezondheidszorg zijn:

- Door het constante contact vanaf de geboorte (soms al ervoor) tot aan het 18^e jaar, ontstaat er een (vertrouwens)band tussen jeugdgezondheidszorg-medewerkers en het gezin, waar op voortgebouwd kan worden;
- Integrale jeugdgezondheidszorg biedt meer mogelijkheden voor een flexibel en gedifferentieerd aanbod dat aansluit bij wat in die specifieke situatie en bij dat specifieke kind/gezin nodig en gewenst is, uiteraard in hun sociale omgeving en de context van de lokale zorgstructuur;
- Vanuit één organisatie, zonder overdrachtsmomenten tussen verschillende organisaties is het eenvoudiger om het hele gezin in beeld te hebben, de ontwikkeling de kinderen langdurig te volgen en vroegtijdig eventuele risico's te signaleren;
- Vanuit één organisatie met samenwerkende professionals is het gemakkelijker verbinden in het sociale domein;
- Vanuit één organisatie met samenwerkende professionals die het gezin kennen, is het handig om bijvoorbeeld én een vast aanspreekpunt op school te hebben en tegelijkertijd desgewenst een vast bekend gezicht voor het gezin;
- De sterke eigenschappen van JGZ 0-4 respectievelijk van JGZ 4-18 leidt tot meer expertise en professionaliteit voor de hele lijn. Men leert van elkaar; best of both worlds..
- Integratie bevordert een meer solide onderbouwing van beleidsadvies door GGDrU en versterkt de kwaliteit van de monitorende functie.

2.2 Overdracht jeugdgezondheidszorg 0-4 in drie fasen

De integratie van jeugdgezondheidszorg is in drie fasen gerealiseerd.

Fase 1: Subregio Eemland

De uitvoeringspraktijk van jeugdgezondheidszorg in de subregio Eemland (7 gemeenten²) bestond uit jeugdgezondheidszorg 0-4 uitgevoerd door het toenmalige Amant (later Beweging 3.0) en jeugdgezondheidszorg 4-19 door de GGD Eemland. De

²Amersfoort, Baarn, Bunschoten, Eemnes, Leusden, Soest en Woudenberg.

colleges van de gemeenten in Eemland hebben besloten sinds 2010 de gehele jeugdgezondheidszorg bij GGDrU onder te brengen.

Fase 2: Subregio Utrecht-West

In subregio Utrecht-West (5 gemeenten³) voert GGDrU sinds 2014 integrale jeugdgezondheidszorg uit. Voor deze periode is jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen van de thuiszorg Careyn overgegaan naar de GGDrU en geïntegreerd met jeugdgezondheidszorg voor 4-18-jarigen.

Fase 3: Subregio's Lekstroom, Vallei en Zuid-Oost Utrecht

Tot 2016 lag de uitvoering van jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen in de subregio's Lekstroom, Vallei en Zuid-Oost Utrecht (12 gemeenten⁴) bij Vitras en de uitvoering van jeugdgezondheidszorg voor 4-18 jarigen bij GGDrU. Sinds 1 januari 2016 hebben deze gemeenten besloten om jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen ook bij GGDrU te beleggen.

Stand anno 2016

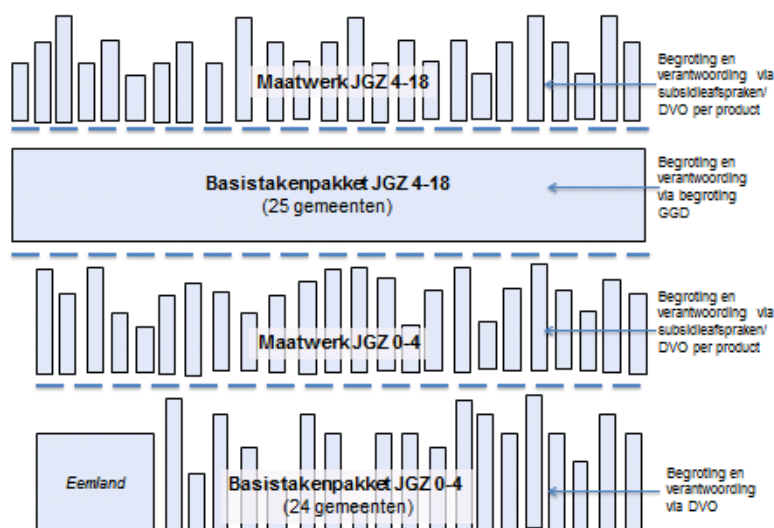
Sinds januari 2016 voert GGDrU dus integrale jeugdgezondheidszorg voor 24 gemeenten uit. De twee uitzonderingen zijn hier Utrecht en Vianen. Vianen is betrokken bij een herindeling, en heeft daarom besluitvorming hierover opgeschort. De gemeente Utrecht voert haar eigen jeugdgezondheidszorg uit.

Alle gemeenten die participeren in de gemeenschappelijke regeling, met uitzondering van de gemeente Utrecht, financieren het basispakket 4-18 jeugdgezondheidszorg via de inwonerbijdrage aan GGDrU. Jeugdgezondheidszorg 0-4 wordt op basis van overeenkomsten voor 24 gemeenten uitgevoerd. De subregio Eemland heeft daarbij indertijd onderling een vorm van kostenverdeling afgesproken. Deze is deels gebaseerd op historische bijdragen en deels op het aantal kinderen.

Naast het basispakket JGZ voert GGDrU ook aanvullende taken uit. Dit is het maatwerk. Het maatwerk wordt op basis van afspraken (subsidie, dienstverleningsovereenkomst) jaarlijks met de gemeenten overeengekomen. Onderstaande figuur geeft schematisch weer welke verschillende financieringsstromen GGDrU kent.

³De Ronde Venen, Montfoort, Oudewater, Stichtse Vecht en Woerden.

⁴Bunnik, De Bilt, Houten, IJsselstein, Lopik, Nieuwegein, Renswoude, Rheden, Utrechtseheuvrug, Veenendaal, Wijk bij Duurstede en Zeist.



Figuur 1: financieringsstromen GGDrU

2.3 Opgave en gerealiseerde stappen integratie

Integrale jeugdgezondheidszorg is geen optelsom van de delen 0-4 en 4-18. Integratie vraagt om afstemming en samentrekking van werkprocessen. Een integrale werkwijze vraagt dat medewerkers zoveel mogelijk voor alle leeftijdscategorieën inzetbaar zijn. Dit betekent dat de wijze waarop zij werken verandert. Nieuwe werkwijzen, protocollen, teamsamenstellingen en functieomschrijvingen moeten ingevoerd worden. Dat betekent ook dat medewerkers hierin getraind en geoefend moeten worden. Medewerkers die overkomen voor de uitvoering van jeugdgezondheidszorg 0-4 moeten in de GGD regio Utrecht worden opgenomen. Zij gaan over naar een andere CAO, worden ambtenaar, krijgen te maken met nieuw management, werkafspraken, arbeidsvoorwaarden en contractvormen.

De ervaring in de twee subregio's die als eerste geïntegreerd zijn heeft geleerd dat een gedegen meerjarige aanpak van de overgang naar een integrale jeugdgezondheidszorg een voorwaarde is om de inhoudelijke meerwaarde daadwerkelijk te behalen.

De subregio's Lekstroom, Vallei en Zuid-Oost Utrecht hebben pas eind 2015 besloten dat per 1 januari 2016 jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen bij de GGDrU is belegd. Deze drie subregio's zijn dus nog bezig met het integratieproces.

2.4 Landelijke ontwikkelingen wet- en regelgeving

De regio Utrecht is niet uniek in het nadenken over een integraal werkende en effectieve jeugdgezondheidszorg. In het hele land wordt gewerkt aan het vergroten van de effectiviteit van jeugdgezondheidszorg.

De stelselherziening jeugd gaf aanleiding opnieuw te kijken naar de wettelijke positie van de jeugdgezondheidszorg. De Commissie De Winter⁵ beoordeelde in 2014, op basis van wetenschappelijke inzichten en maatschappelijke ontwikkelingen, de inhoud van het toen geldende basistakenpakket jeugdgezondheidszorg en adviseerde welke activiteiten jeugdgezondheidszorg aan alle jeugdigen uniform zou moeten aanbieden.

Als input voor het onderzoek van de commissie De Winter heeft Actiz onderzoek laten doen naar de maatschappelijke meerwaarde van jeugdgezondheidszorg; berekend is dat elke bestede euro 11 euro oplevert aan gezondheidswinst. Dit betekent een forse bijdrage aan de mogelijkheden van participatie van burgers, zowel in de kindertijd als op volwassen leeftijd. Daarmee vergroot jeugdgezondheidszorg het verdienvermogen van burgers. In totaal zorgt jeugdgezondheidszorg voor ruim 200.000 gewonnen gezonde levensjaren, wat er op neerkomt dat alle inwoners van Nederland één jaar van hun gezonde levensverwachting te danken hebben aan de jeugdgezondheidszorg⁶.

Op basis van het advies van de Commissie De Winter besloot de minister van VWS om het basispakket jeugdgezondheidszorg grotendeels te behouden maar wel te moderniseren, en het basispakket vast te leggen in het Besluit Publieke Gezondheid dat van kracht is geworden op 1 januari 2015.

Het basispakket JGZ beschrijft wat elk gezin en iedere jongere van 0-18 jaar⁷ in Nederland aan jeugdgezondheidszorg aangeboden moet krijgen. Het houdt geen radicale koerswijzigingen in, maar legt enkele andere accenten (de mogelijkheid de contactmomenten flexibeler in te vullen) en sluit aan bij de veranderingen in het sociale domein, zoals aansluiten bij de lokale zorgstructuur. Ook is een aantal taken standaard opgenomen, die in sommige gemeenten nu nog apart worden gefinancierd (zoals het digitaal dossier, het contactmoment voor adolescenten, lokaal samenwerken en verbindende jeugdgezondheidszorg).

Het bestuur van GGDrU heeft in 2015 de formele inregeling van dit Basispakket in de regio Utrecht uitgesteld tot na de 0-4 invlechting, om niet de ene wijziging op de andere te stapelen, maar dit in één keer af te hechten. Nu de invlechtingen formeel zijn gerealiseerd, is het noodzakelijk de wettelijke aanpassingen formeel en financieel te effectueren. Hoe dat bij GGDrU vorm krijgt, beschrijven we in het volgende hoofdstuk.

⁵ Commissie de Winter: [Een stevig fundament](#), Evaluatie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg.

⁶ Verdonck, Klooster & Associates / de Opvoedzaak. Juli 2013. *Investeren in opvoeden en opgroeien loont*. https://vng.nl/files/vng/201300912-brochure_investeren_in_opvoeden_en_opgroeien_loont.pdf

⁷ Het nieuwe basispakket is van toepassing voor kinderen op de leeftijd van 0-18 jaar, dit was 0-19 jaar. Op deze manier werd de reikwijdte van jeugdgezondheidszorg gelijk getrokken met de jeugdwet.

3 Werkwijze en basispakket JGZ in de regio Utrecht

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk vertalen we de hiervoor geschetste ontwikkelingen naar de werkwijze die GGDru hanteert bij de uitvoering van integrale jeugdgezondheidszorg. In de tweede paragraaf beschrijven we de uitgangspunten voor de werkwijze. In paragraaf 3.3 werken we dit uit in een nieuw basispakket voor de jeugdgezondheidszorg in de regio Utrecht. In paragraaf 3.4 duiden we de omvang van de veranderingen in het basispakket. We ronden het hoofdstuk af met een voorstel voor besluitvorming door het bestuur.

3.2 Gewenste werkwijze regio Utrecht

Integrale jeugdgezondheidszorg investeert in een gezonde start van elk kind: het gezond en veilig opgroeien, talenten ontwikkelen en naar vermogen participeren in de samenleving. Jeugdgezondheidszorg heeft daarbij een signalerende, verbindende, monitorende en ondersteunende rol,

1. Een verbindende schakel in het sociale domein

De infrastructuur van de jeugdgezondheidszorg als vertrouwd gezondheids- 'peilstation' & vraagbaak is uniek vanwege haar laagdrempelige, betrouwbare en normaliserende karakter. Daarnaast is jeugdgezondheidszorg een natuurlijke, onafhankelijke verbinder tussen preventie en curatie. Voor een goed georganiseerde zorg voor jeugd (kwalitatief verantwoord, toegankelijk, doelmatig, toekomstbestendig, succesvol en betaalbaar) is een stevige verbinding tussen jeugdgezondheidszorg en het sociale domein een must.

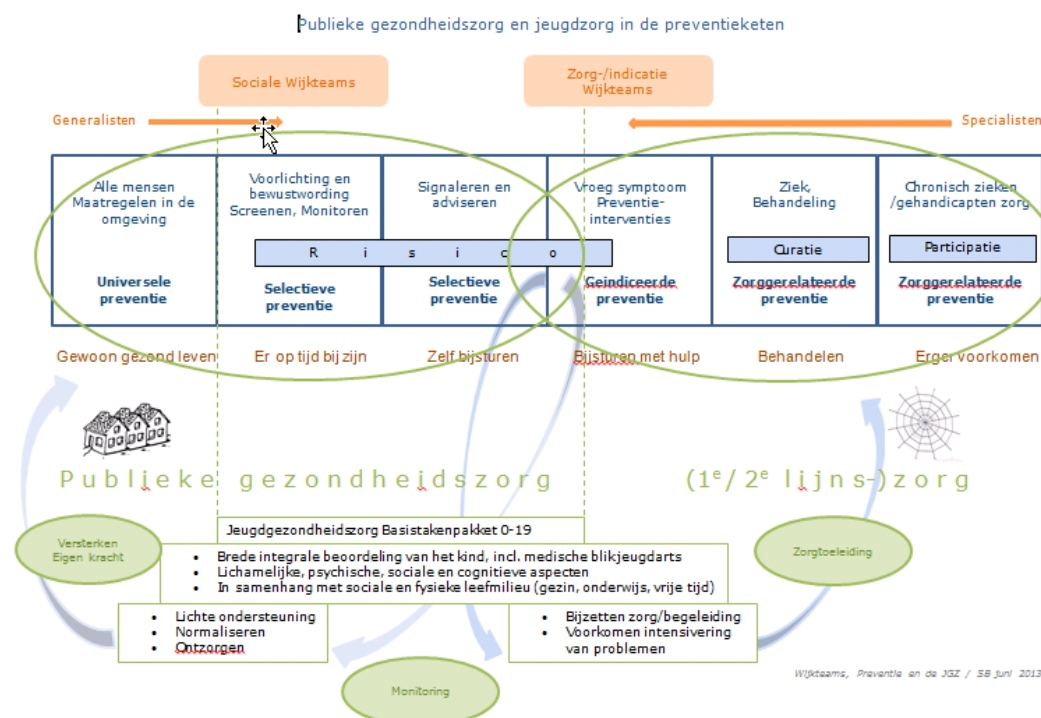
Voor jeugdgezondheidszorg betekent dit: naast bedrijfsmatig en gestandaardiseerd uitvoeren van het basisaanbod is het ook van belang in de wijk flexibel en vraaggericht te werken in verbinding met anderen. Dan kan jeugdgezondheidszorg (zorg)behoefte verbinden met 0e, 1e en 2e lijnorganisaties, in zowel de medische, psychische en sociale hoek.

Prenatale zorg en samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg en verloskunde en kraamzorg zijn voorbeelden van krachtige preventieve verbindingen. Ook met peuterspeelzalen en kinderdagverblijven worden de banden aangehaald (bv. voor taalspraakontwikkeling).

Intensieve samenwerking met ketenpartners is noodzakelijk bij kind overstijgende gezondheidsbedreigingen, bijvoorbeeld op het gebied van huiselijk geweld. Jeugdgezondheidszorg richt zich in haar preventieve activiteiten ook op het signaleren en versterken van beschermende factoren.

Dit geldt ook voor Passend Onderwijs. De invoering van Passend Onderwijs brengt een nieuwe inrichting van zorgstructuren en het jeugdhulpverleningsveld op scholen met zich mee. Oorzaken van (leer)belemmeringen zijn vaak niet eenduidig; meerdere factoren kunnen rol spelen. Dit vergt een geïntegreerde aanpak en multidisciplinaire samenwerking. Vanwege het kunnen uitsluiten van medische oorzaken, makkelijke verbinding met medisch specialisten, kennis van gezinssituatie en ervaring in het speciaal onderwijs is ook hier jeugdgezondheidszorg een natuurlijke partner.

Jeugdgezondheidszorg en Jeugdzorg hebben elk hun eigen domein: de basis, respectievelijk de casus. Voor jeugdgezondheidszorg is dat: preventie, signaleren en monitoren, normaliseren, bemoedigen en steunen in de eigen kracht en soms, als de situatie daarom vraagt: doorpakken. De basis van jeugdgezondheidszorg is: alle kinderen en hun ouders/verzorgers. Jeugdzorg gaat over kinderen/gezinnen met problemen, die gerichte individuele hulp behoeven.



Figuur 2: Positie jeugdgezondheidszorg in de preventieketen

Hoe gemeenten jeugdhulpverlening in hun sociale domein inrichten is divers. Wijkteams zijn daarbij een veelgebruikte vorm, al dan niet leeftijdsbepaald: 0-12, 0-19 of zelfs 0-100. Maar ook ouder-kind adviseurs, sociale makelpunten en preventieteams komen voor. Onmiskenbaar is dat binnen elke gemeente één of meer teams zijn waarin jeugd-/gezinsproblematiek samenkomt en van waaruit zo nodig ondersteuning wordt geboden op alle leefgebieden. Jeugdverpleegkundigen kunnen als specialist deel nemen aan de casuïstiek bespreking van het wijkteam, maar niet als generalist in de gezinnen moet worden ingezet. Het heeft meerwaarde dat de jeugdverpleegkundige in het wijkteam zit en daarnaast ook haar reguliere taken vervult vanuit het basispakket JGZ. De jeugdarts kan op consultatiebasis betrokken worden indien dat aangewezen/nodig lijkt.

Om in te spelen op de situatie per gemeente, de samenstelling en hulpvragen vanuit de wijk en de opbouw van een wijkteam, maakt GGDrU het basispakket jeugdgezondheidszorg flexibeler

2. Flexibel en gedifferentieerd inspelen op de specifieke behoeften van kinderen, jongeren en ouders

Kenmerkend voor jeugdgezondheidszorg is dat ouders en kinderen er terecht kunnen, ook als er nog geen vragen of zorgen zijn: dit is de kracht van preventieve jeugdgezondheidszorg voor alle kinderen. Uitgangspunt van jeugdgezondheidszorg

Utrecht is dat ieder kind en elke ouder andere behoeften kan hebben aan ondersteuning en informatie van de jeugdgezondheidszorg. Door professionele ruimte vrij te maken in de basiszorg voor gezonde kinderen (bijv. door goed toegankelijke digitale informatie) kan extra ondersteuning of zorg geboden worden aan kinderen die dat nodig hebben (bv. probleemanalyse, kortdurende ondersteuning, tips, motivering, actieve verwijzing).

Jeugdgezondheidszorg stelt zich luisterend en uitnodigend op. Niet 'de jeugdgezondheidszorg weet het beter', maar een stimulerende jeugdgezondheidszorg, gericht op het zelf nemen van initiatieven door ouders, die passen bij hun behoefte; jeugdgezondheidszorg die faciliteert waar nodig en mogelijk. Dat gebeurt op internet en social media, maar ook gewoon in de wijk of in de spreekkamer. Bij voorkeur daar waar ouders, aanbieders van zorg, onderwijs, sport, cultuur, etc. op een natuurlijke manier en op natuurlijke momenten samen komen. De rol die jeugdgezondheidszorg speelt in de toeleiding naar VVE peuterspeelzalen is bekend. Maar nog beter is om ouders te stimuleren zelf initiatieven te nemen veel met hun baby's en peuters te praten, bijv. door voorlees-/ontbijtsessies op kinderdagverblijven en peuterspeelzalen te organiseren. Of tips, steun en gezelligheid uit te wisselen in 'Mama-café's', initiatief van moeders met beetje hulp van Welzijn en jeugdgezondheidszorg.

Jeugdgezondheidszorg is er met al haar preventieve activiteiten op gericht om de eigen kracht van kinderen, (aanstaande) ouders en jongeren te versterken. Het overgrote deel van de ouders en jeugdigen is hiertoe in staat of kan het leren.

3. Professionals in hun kracht

Ouders hebben meer behoefte aan een professional die respect heeft voor de ervaringsdeskundigheid van de ouder en aan communicatie die gericht is op wederzijdse uitwisseling. Het besef bij professionals dat de ouder altijd ouder blijft en dat vaardigheden (mogelijk) verbeterd kunnen worden om kinderen optimaal te laten opgroeien en opvoeden, vraagt om een houding van professionals waarbij een gelijkwaardig partnerschap gecreëerd wordt.

Om een laagdrempelige, integrale zorg voor jeugd te kunnen verwezenlijken, is een groot aantal competenties, brede vakkennis en (communicatieve) vaardigheden nodig. Als autoriteit op het gebied van groei en ontwikkeling van kinderen is jeugdgezondheidszorg gebaat bij een professional die flexibel en dialooggericht is en op maat en oplossingsgericht kan werken. Dit vraagt onder meer zelfstandigheid, proactiviteit en handelingsruimte.

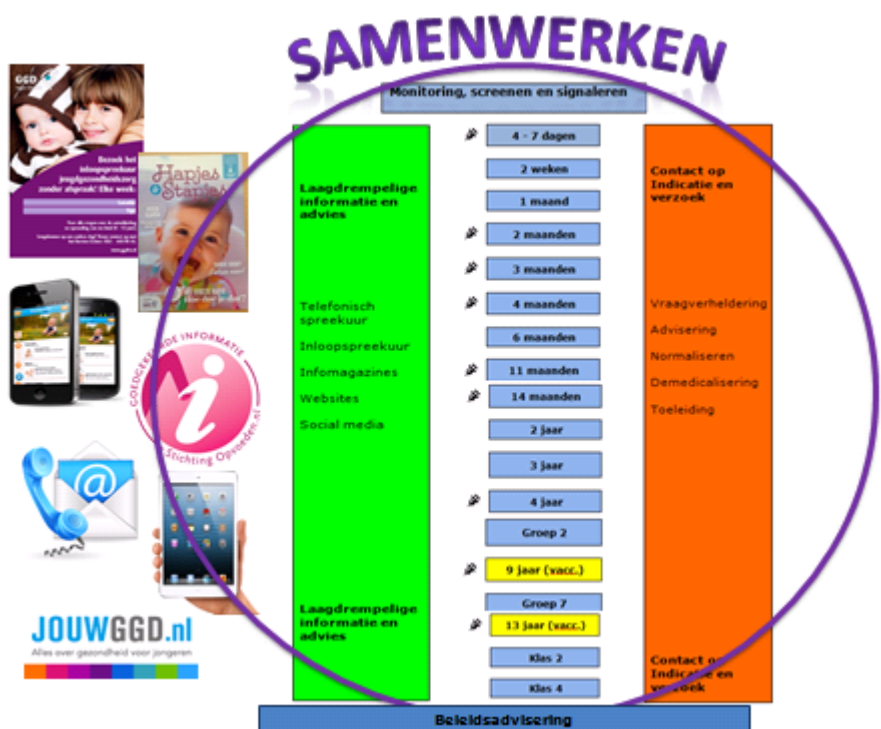
3.3 Het nieuwe basispakket regio Utrecht

Het nieuwe Besluit Publieke Gezondheid vervangt het oude *Basistakenpakket JGZ*. Dit vroegere Basistakenpakket kende een basis- en een maatwerkdeel, die beiden verplicht waren. In dit oude pakket maakte de taken aanvullende zorg, lokaal verbinden en beleidsadvisering onderdeel uit van het maatwerk. De samenstelling van het maatwerkpakket wisselde altijd per gemeente. Niet alle maatwerkproducten die nu naar het Basispakket gaan, werden eerder door alle gemeenten ingekocht en de intensiteit waarmee een taak werd uitgevoerd wisselde per gemeente.⁸

⁸ Bij de overgang van gemeenten die per 1 januari 2016 hun jeugdgezondheidszorg 0-4 bij de GGD hebben ondergebracht, is dit onderscheid al gehanteerd, door de categorieën Maatwerk 1, 2 en 3 te benoemen:

Met het nieuwe besluit Publieke Gezondheid vervalt het onderscheid in de jeugdgezondheidszorg tussen het uniform deel en het maatwerkdeel. De nieuwe regelgeving resulteert in **één uniform Basispakket** dat gemeenten beschikbaar stellen voor alle kinderen en actief aanbieden aan ieder jeugdige in de leeftijd van 0-18 jaar. Dit pakket omvat alle activiteiten die zijn vastgelegd in het besluit Publieke gezondheid (zie bijlage 1). Monitoren, signaleren en screenen vormen nog steeds de kern van het Basispakket JGZ en moeten aan ieder kind worden aangeboden. Kindermishandeling, overgewicht, internetgebruik en contactmoment adolescenten kregen al langer aandacht, maar zijn nu ook wettelijk vastgelegd in het Basispakket. Hetzelfde geldt voor voorlichting, begeleiding, en toeleiding naar zorg. Nieuw in het Basispakket JGZ zijn beleidsadvisering en schoolverzuim.

GGDrU heeft deze ontwikkelingen rond de integrale jeugdgezondheidszorg vertaald in een nieuwe duiding en uitvoering van het basispakket. Op zich zijn de functionaliteiten en werkzaamheden natuurlijk niet nieuw (Figuur 3). De crux van de wijzigingen zit 'm in het flexibeler hanteren van vorm en frequentie van de contacten. Daarbij wordt aangetekend dat de GGD de afgelopen jaren al diverse contactmomenten facultatief gemaakt heeft.



Figuur 3: Basispakket Jeugdgezondheidszorg GGDrU

- Maatwerk 1: het deel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg dat tot 1-1-2015 behoorde tot het uniforme deel van het destijds in het Bpg omschreven basistakenpakket jeugdgezondheidszorg van 0 tot 4-jarigen.
- Maatwerk 2: werk, dat nog als maatwerk staat aangemerkt, maar dat sinds vaststelling van het nieuw basispakket per 1-1-2015 onderdeel uitmaakt van het nieuwe basispakket.
- Maatwerk 3: het maatwerkpakket jeugdgezondheidszorg dat de levering van maatwerkvoorzieningen bevat.

Een toelichting op de onderdelen van het nieuwe basispakket jeugdgezondheidszorg:

- 1 Monitoren, screenen en signaleren
- 2 Vaccineren
- 3 Contact op indicatie of verzoek
- 4 Informatie en advies (collectieve preventie)
- 5 Samenwerken
- 6 Beleidsadvisering

1. **Monitoren, screenen en signaleren:** dit zijn de vaste contactmomenten waarin conform landelijke richtlijnen uitgewisseld, gemonitord, gescreend, gevaccineerd en gesignaleerd wordt. GGDrU heeft al volop in dit schema “geflexibiliseerd”, dat wil zeggen: contactmomenten eruit gehaald c.q. facultatief gemaakt en tegelijkertijd bepaald waar ‘deadlines’ zitten omdat er geprikt of op medische afwijkingen gescreend moet worden. Voor de overige contactmomenten is het de bedoeling in de toekomst met ouders in gesprek te gaan over nut, noodzaak en vorm.
2. **Vaccineren:** uitvoering van het *Rijksvaccinatieprogramma*. Op dit moment wordt de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma nog apart vergoed door het RIVM. Vanaf 2018 wordt de financiering van het programma ondergebracht in het gemeentefonds. De (financiële) doorwerking hiervan is momenteel nog onzeker en zal apart voor besluitvorming worden aangeboden.
3. **Contact op indicatie of verzoek:** dit betreft alle extra werkzaamheden voortkomend uit de zorgbehoefte van, respectievelijk zorgen over het individuele kind. Het is een vorm van “doen wat nodig is”. Bijvoorbeeld de afstemming met behandelend artsen of zorgverleners, doorverwijzen/toegeleiden, ziekteverzuimbegeleiding van schoolkinderen en -jongeren, het doen van een melding bij het AMK, het in kaart brengen van het probleem en wat vervolgens ingezet kan worden om zo normaal mogelijk te leven en mee te blijven doen, het kortdurend begeleiden van het kind of gezin. Ook als een behandeling is afgesloten kan de zorgverlener vragen of jeugdgezondheidszorg-professionals nog even vinger aan de pols houden. Deze contactmomenten op indicatie (COI's) kunnen voortkomen uit een regulier contactmoment maar ook op verzoek van ouder, jongere, huisarts, leerkracht of wijkteam.
4. **Informatie & advies:** Getracht wordt ouders snel en laagdrempelig behulpzaam te zijn met handige informatie of een klein steuntje in de rug. Dit gebeurt via de website, inloopsprekken, telefonische gesprekken, chatten en mailen. Ook de collectieve preventie valt onder deze informatieve/geruststellende tak van het basispakket waarbij kennis wordt uitgewisseld op bijv. ouderavonden van kinderdagverblijven en scholen, een enkele gastles of een bijdrage aan een themadag of -week. Het kan daarbij gaan over zindelijkheid, slapen, weerbaarheid, pesten, ontluikende seksualiteit, alcohol en middelengebruik, etc. De vorm waarin dit plaatsvindt kan worden afgestemd op de lokale situatie en de behoefte van kinderen / ouders..
5. **Samenwerken:** dit betreft de verbinding c.q. samenwerking met het sociale domein. Het ontstijgt het overleg over een enkele casus zoals bedoeld in de contact op indicatie- kolom. Denk hierbij aan:
 - Afstemming met verloskundige praktijken*;
 - Voorschools overleg (zorgoverleg met peuterspeelzalen en kinderdagverblijven)*;
 - Zorgoverleg basisonderwijs, overleg met Interne Begeleiders*;

- Zorgadviesteam (ZAT) voortgezet onderwijs*;
- Samenwerkingsverbanden Passend Onderwijs*;
- Zorgteams Speciaal Onderwijs *;
- De zgn. Loopbrug verbinding met het lokale jeugdveld via onder andere casusoverleg Wijk- of Jeugdteams, CJG-overleg, buurtnetwerken, LEA, etc *.

6. **Beleidsadvisering:** Gemeenten hebben informatie op maat nodig om beleidskeuzes te kunnen maken. Het gaat om informatie over de gezondheidstoestand van kinderen maar ook over de eventuele risico's die zij lopen, de beschikbaarheid van voorzieningen, hun leefomgeving, enzovoort. Jeugdgezondheidszorg en epidemiologie verzamelen informatie over de gezondheid en het welzijn van jeugdigen en over aangrijpingspunten voor verbetering. Ook ondersteunt epidemiologie jeugdgezondheidszorg om de kwaliteit van het werk te verbeteren en te innoveren. Wat werkt wel? Wat werkt niet? Wat zijn risicogroepen? Wat zijn de ervaringen van kinderen, ouders, scholen? Epidemiologie ondersteunt bij het verzamelen en analyseren van die kennis. Zij heeft een belangrijke rol bij het verdere vormgeven van de flexibilisering en het verwezenlijken van integrale jeugdgezondheidszorg.

* Activiteiten die in verschillende gemeenten als maatwerk werden gefinancierd

Aansluiten bij lokale situatie

In het nieuwe basispakket zijn onderdelen opgenomen die voorheen als maatwerk werden gefinancierd. Nu zijn deze wettelijk verplicht en wordt er binnen de totale formatie voor jeugdgezondheidszorg ruimte gemaakt voor de uitvoering van deze taken. Bij de uitvoering van het basispakket richt GGDrU zich zoveel mogelijk naar de lokale situatie. Dat betekent dat met gemeenten afspraken worden gemaakt over de wijze waarop jeugdgezondheidszorg aansluit in de uitvoering van de werkzaamheden bij de lokale situatie in het sociale domein.

De financiële aansluiting van de oude naar de nieuwe situatie vraagt aandacht. Per gemeente brengt GGDrU gedetailleerd in kaart wat de verschuiving van maatwerk naar het basispakket betekent en hoe dat concreet uitwerkt in de lokale situatie. Dit najaar voert GGDrU hierover gesprekken met elke gemeente.

Uitgangspunt daarbij is dat gemeenten met de bestaande bijdragen⁹ het volledige basispakket kunnen afnemen. Een intensievere inzet op onderdelen is mogelijk en hoort bij de flexibiliteit van het nieuwe basispakket. Pas wanneer de door een gemeente gewenste intensivering substantieel verschilt van die in andere gemeenten, is eventueel een extra gemeentelijke bijdrage aan de orde, om te voorkomen dat gemeenten onderling betalen voor keuzes die redelijkerwijs niet meer binnen het basispakket zijn op te vangen.

3.4 Omvang van de veranderingen in het basispakket

De veranderingen in het basispakket hebben consequenties voor de relatieve omvang van het basispakket binnen het totaal aan gemeentelijke bijdragen aan jeugdgezondheidszorg in de regio Utrecht. Doordat een aantal taken standaard is opgenomen, die nu nog apart worden gefinancierd via het maatwerk, vindt verschuiving plaats in financiële zin tussen wat nu in het maatwerk gefinancierd is naar het basispakket. Vanuit het beginsel van budgetneutraliteit verschuiven de bestaande

⁹ Afgezien van herverdeel-effecten, zie hoofdstuk 5.

budgetten voor activiteiten die van het maatwerk naar het basispakket gaan mee naar het basispakket.

De verhouding basispakket/maatwerk in het totaal van de bijdragen aan jeugdgezondheidszorg in de regio Utrecht verandert van 33% basispakket / 67% maatwerk naar 88% basispakket en 12% maatwerk. Een belangrijk element daarbij vormt de verschuiving van het pakket van jeugdgezondheidszorg 0-4 van maatwerk naar het basispakket. Bijlage 2 laat de verschuiving per gemeente zien.

Het nieuwe basispakket betekent op onderdelen een intensivering. Een aantal taken is nieuw en een aantal taken is nu verplicht geworden in het basispakket, terwijl gemeenten deze taken nu nog niet of niet allemaal als maatwerk afnemen. Op het totaal niveau van de regio nemen de taken door het nieuwe basispakket dus toe. Op basis van een formatieberekening die GGDrU heeft uitgevoerd, blijkt ten opzichte van de bestaande situatie een tekort van ongeveer 2 fte.

Omdat GGDrU zich gehouden weet aan het uitgangspunt dat de totale kosten van jeugdgezondheidszorg niet mogen toenemen, zal jeugdgezondheidszorg deze extra taken echter uitvoeren binnen het bestaande budget. Hiervoor benut GGDrU efficiëntiemogelijkheden die te zijner tijd door de integratie van 0-18 jaar en door ontschotting ontstaan. Uit een vergelijking met een aantal referentieregio's door Lysias Advies op basis van bij het bureau beschikbaar materiaal (zie bijlage 3), blijkt dat de gemeentelijke bijdragen voor het basispakket bij GGD regio Utrecht aan de onderkant van de bandbreedte zit. Mede op basis van die vergelijking achten we verdergaande efficiëntiemaatregelen niet realistisch.

3.5 Voorstel bestuursbesluit

Op basis van het voorgaande stellen we het bestuur voor het volgende besluit te nemen:

Beslispunt 1: *Het bestuur van GGD regio Utrecht neemt kennis van de per 1 januari 2015 geldende landelijke regelgeving en besluit overeenkomstig deze regelgeving een nieuw Basispakket jeugdgezondheidszorg/GGDrU met de daar bijhorende budgetten, vast te stellen conform de beschrijving in paragraaf 3.3.*

4 Ontschotten en collectief financieren: wat is het en waarom is het nodig?

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de betekenis van ontschotting, de feitelijke schotten die nu bestaan en vatten we bondig samen waarom ontschotting noodzakelijk is. Vervolgens beschrijven we in het eerste deel waaruit die ontschotting bestaat. We ronden het hoofdstuk af met een voorgesteld beslispunt voor het bestuur.

4.2 Betekenis van ontschotten en collectief financieren

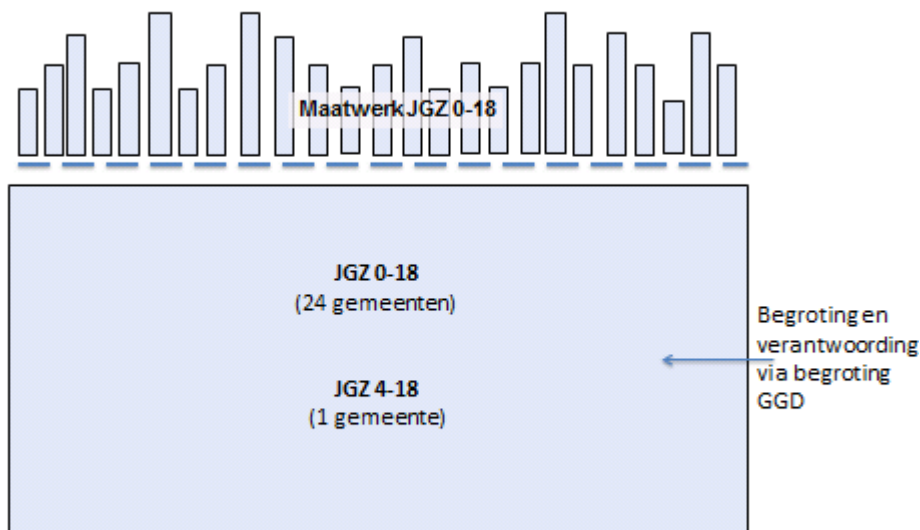
De bestaande situatie in de regio Utrecht kent verschillende soorten 'schotten':

- Tussen jeugdgezondheidszorg 0-4 (op basis van dienstverleningsovereenkomsten) en jeugdgezondheidszorg 4-18 (opgenomen in GGD-begroting).
- Tussen basispakket (opgenomen in begroting en op basis van dienstverleningsovereenkomsten) en maatwerk (op basis van subsidieafspraken per product).
- Schotten tussen de gemeenten.

Over de door schotten gescheiden financieringsstromen moet de GGD aparte begrotingen opstellen en zich verantwoorden. De inzet van personeel moet aan een financieringsstroom worden toegerekend.

Ontschotten en collectief financieren betekent het vereenvoudigen van de financiering van jeugdgezondheidszorg en daarmee beter faciliteren van de geïntegreerde werkwijze 0-18 en verminderen van de administratieve lasten van de uitvoering van jeugdgezondheidszorg. De ambitie om te ontschotten komt er kort samengevat op neer alle beschikbare budgetten voor het basispakket op één noemer te brengen en ter beschikking te stellen aan de GGD voor de uitvoering van de volledige jeugdgezondheidszorg, één doorgaande lijn in het werk en één daarbij passend budget.

De begroting van de kosten voor jeugdgezondheidszorg verloopt daarbij via de begroting van GGDrU. De gemeenten dragen deze kosten op basis van een overeen te komen verdeelsleutel gezamenlijk. Voor het resterende 'echte' maatwerk en het daarmee gemoeide budget (dat per gemeente verschilt) maken gemeenten individueel aanvullende afspraken maken met de GGD. Figuur 4 schetst de situatie na ontschotting.



Figuur 4: Ontschot budget basispakket jeugdgezondheidszorg, met aanvullende afspraken per gemeente.

4.3 Waarom ontschotten en collectief financieren?

Elk van de door schotten onderscheiden onderdelen vraagt op dit moment om een eigen besluitvormings- en verantwoordingslijn. Op termijn is de gescheiden begroting en verantwoording voor de afzonderlijke financieringsstromen onwenselijk en onmogelijk. De gescheiden budgetten belemmeren de organisatorische integratie en flexibele inzet(baarheid) van medewerkers. Terwijl die voor een kwalitatief hoogwaardige uitvoering van een vernieuwende jeugdgezondheidszorg juist belangrijk zijn.

De scheiding in geldstromen zorgt bovendien voor administratieve lasten (zowel bij gemeenten als bij GGDrU) en voor beperking van de mogelijkheden om toe te werken naar eenduidige operationele aansturing van jeugdgezondheidszorg.

Het feit dat er een nieuw landelijk kader is (besluit Publieke Gezondheid, Landelijk Professioneel Kader) is een extra argument om tot collectieve financiering over te gaan. Het basispakket is immers voor alle gemeenten gelijk, waardoor de logica om aparte afspraken te maken niet langer bestaat.

Een laatste argument heeft niet direct met de financiering van jeugdgezondheidszorg te maken, maar met de bedrijfsvoering van de GGD. Tijdens de bestuursconferentie van 2014 (opgenomen in de kadernota 2017) is uitgesproken dat een solide basis onder de begroting van de GGD van belang is. Concreet is vastgelegd dat 75% van de begroting uit collectieve taken dient te bestaan die door de GGDrU voor alle gemeenten op dezelfde manier worden uitgevoerd. Deze wens kan alleen gerealiseerd

worden door jeugdgezondheidszorg 0-4 op te nemen in het standaardpakket van de GGD en de gemeenschappelijke regeling in die lijn aan te passen.

4.4 Ruimte voor individuele wensen van gemeenten blijft

De beweging naar een ontschot en collectieve financiering is dus een bewuste keuze om jeugdgezondheidszorg meer in gezamenlijkheid en solidariteit te beschouwen. Dat betekent echter niet dat gemeenten in de nieuwe situatie geen individuele wensen op het terrein van jeugdgezondheidszorg kunnen neerleggen bij GGDrU. Integendeel.

Op de volgende manieren worden individuele wensen van gemeenten in het nieuwe jeugdgezondheidszorg-pakket worden vertaald:

- Bij de invulling van het onderdeel 'lokaal verbinden' voegt het jeugdgezondheidszorg-team van GGDrU zich naar de lokale samenwerking en netwerken zoals die onder regie van de gemeente zijn gevormd en worden ontwikkeld. Hierover maken GGD en gemeente bilateraal afspraken. De bijdrage van jeugdgezondheidszorg in de netwerken wordt in principe gefinancierd via de vergoeding voor het basispakket. Zo kan jeugdgezondheidszorg juist flexibeler inspelen op de lokale situatie, in plaats van dat het logge wordt. Alleen in uitzonderlijke gevallen (wanneer een gemeente een substantieel groter beroep op jeugdgezondheidszorg doet dan andere gemeenten) maken we aanvullende afspraken.
- Keuzes rond de locaties waarop jeugdgezondheidszorg wordt uitgevoerd (bv. consultatiebureaus) kunnen maatschappelijk en politiek van belang zijn. We vinden het daarom belangrijk dat gemeenten daar zelf keuzes in kunnen maken. Dit uitgangspunt kan betekenen dat de kosten van huisvesting per gemeente sterk uiteen gaan lopen. Om die reden stellen we voor de kosten die met huisvesting te maken hebben apart aan de betreffende gemeenten door te belasten en geen onderdeel te laten uitmaken van de bijdrage voor het basispakket.

Daarnaast blijft het mogelijk om aanvullend op het basispakket afspraken met GGDrU te maken over aanvullende activiteiten voor jeugdgezondheidszorg. Over dergelijke maatwerkactiviteiten maken GGD en gemeente jaarlijks afspraken.

4.5 Utrecht en Vianen

Zoals bekend is de situatie van de gemeenten Utrecht en Vianen bijzonder.

De gemeente Utrecht heeft de taak jeugdgezondheidszorg in eigen hand gehouden en niet bij GGDrU belegd.

De gemeente Vianen heeft – in afwachting van de gemeentelijke herindeling Vijfheerenlanden – voorlopig nog niet gekozen voor integratie van de jeugdgezondheidszorg en neemt alleen jeugdgezondheidszorg 4-18 af bij GGDrU. Dit verdient enige aandacht, want de kostencomponent voor jeugdgezondheidszorg 4-18 is in de nieuwe situatie niet langer te verbijzonderen, aangezien de ontschotting ook effect heeft op de operationele sturing in Vianen.

De meest praktische werkwijze is om de huidige bijdrage van Vianen (aan de producten die in het nieuwe basispakket jeugdgezondheidszorg terecht komen) in een

percentage van het totale jeugdgezondheidszorg-budget uit te drukken en dat percentage bestuurlijk vast te leggen als bijdrage van Vianen aan de integrale jeugdgezondheidszorg. Dit percentage geldt dan vervolgens zowel voor de begroting als voor de jaarrekening, zodat Vianen aan exploitatievoordelen en -nadelen evenredig bijdraagt.

4.6 Aanpassing gemeenschappelijke regeling

Voorwaarde om tot een collectief gefinancierde en ontschotte uitvoering van jeugdgezondheidszorg aan 0-18 jarigen over te gaan, is dat de gemeenschappelijke regeling wordt gewijzigd. In de huidige regeling is namelijk de uitvoering van JGZ 0-4 specifiek uitgezonderd. De feitelijke wijziging van de tekst van de gemeenschappelijke regeling betreft het verwijderen van het deel achter de komma in artikel 4 lid 2 van de GR¹⁰. In de gewijzigde tekst wordt de mogelijkheid gecreëerd dat gemeenten op dit punt een uitzonderingspositie innemen, zodat de positie van Utrecht en Vianen kan worden geregeld.

Voor het traject tot aanpassing van de gemeenschappelijke regeling en beëindiging van de dienstverleningsovereenkomsten wordt een aparte implementatieplanning opgesteld. De procedure voor aanpassing van de gemeenschappelijke regeling is in artikel 48 in hoofdstuk 5 van de gemeenschappelijke regeling¹¹ beschreven.

4.7 Voorstel bestuursbesluit

Op basis van het voorgaande stellen we het bestuur voor:

Beslispunt 2: *Het bestuur van GGD regio Utrecht besluit de budgetten voor jeugdgezondheidszorg 0-18 te ontschotten en vanaf 2018 het Basispakket jeugdgezondheidszorg 0-18 volledig in de begroting van de GGD op te nemen.*

Beslispunt 3: *Het bestuur van GGD regio Utrecht geeft de Directeur Publieke Gezondheid opdracht de voorbereidingen te treffen voor aanpassing van de gemeenschappelijke regeling, om invulling te geven aan beslispunt 2. Bij de uitwerking van de aanpassing worden de afwijkende situaties van Utrecht en Vianen gerespecteerd.*

¹⁰ Artikel 4, lid 2 luidt: "Het bestuur van de regionale gezondheidsdienst voert de taken bedoeld in artikel 14, vierde lid, van de Wet publieke gezondheid uit voor de MN-gemeenten, behoudens voor zover deze taken betrekking hebben op de zorg voor jongeren van nul tot vier jaar."

¹¹ art. 48 Wijziging

lid 1: De regeling kan gewijzigd worden bij gelijkkluidende besluiten van de colleges, onverminderd het bepaalde in artikel 1, tweede en derde lid, van de Wet gemeenschappelijke regelingen.

lid 2: Een voorstel tot wijziging kan door het dagelijks bestuur, of tenminste een vijfde van de leden van het algemeen bestuur worden gedaan.

5 Gemeentelijke bijdragen aan ontschotte en collectief gefinancierde jeugdgezondheidszorg

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag hoe de kosten van het nieuwe jeugdgezondheidszorg-pakket over de gemeenten verdeeld kunnen worden. We gaan eerst in op de vraag op welke manier de gemeentelijke bijdragen aan het ontschotte budget moeten worden bepaald. In paragraaf 5.4 komt de verdeelsleutel aan de orde. In paragraaf 5.5 brengen we het financiële herverdeeffect van de verdeelsleutel in kaart. In paragraaf 5.6 doen we een voorstel voor een bestuursbesluit.

5.2 Bepalen van de gemeentelijke bijdragen

Na ontschotting van de budgetten is het noodzakelijk nieuwe afspraken te maken over de gemeentelijke bijdragen. In de basis komt het erop neer een verhoudingsgetal tussen gemeenten af te spreken dat bepalend is voor de verdeling van het begrote budget en voor de verdeling van mee- en tegenvallers in de exploitatie. Door de ontschotte werkwijze kan immers niet meer worden bepaald in welk 'onderdeel' mee- of tegenvallers optreden.

Door de keuze voor een (uniforme) verdeelsleutel kunnen herverdeeffecten optreden. Deze pakken verschillend uit voor de verschillende gemeenten. Bij de start van het project is nagedacht over principes die gemeenten en GGD bij de uitwerking van de ontschotte financieringswijze kunnen hanteren.

Tijdens besprekingen van een van de drie klankbordgroepen is een aantal aandachtspunten geformuleerd. Een daarvan is dat de keuze voor een verdeelsleutel steviger is naarmate de logica van een verdeelsleutel groter is. Een ander aandachtspunt is de behoefte dat de te hanteren verdeelsleutel zo dicht mogelijk aan moet sluiten bij de werkzaamheden van jeugdgezondheidszorg.

5.3 Mogelijke verdeelsleutels en argumenten

In theorie zijn vele verdeelsleutels denkbaar, van zeer generiek tot zeer specifiek. We bezien in dit voorstel de volgende verdeelsleutels:

1. Aantal inwoners
2. Kinderen 0-18 jaar
3. Op basis van verdeling gemeentefonds
4. Historische bijdrage

In alle gevallen gaat het – zoals in paragraaf 4.4 benoemd – om de kosten van het basispakket exclusief de huisvestingskosten. Deze worden apart doorbelast aan de betreffende gemeente.

We benoemen in onderstaande tabel de eigenschappen van de verdeelsleutel en de voor- en nadelen van het hanteren van de betreffende verdeelsleutel.

	Beschrijving	Voordelen	Nadelen
Inwoners	Berekening van de bijdrage per gemeente plaats op basis van het aantal inwoners	Eenvoudig te hanteren. In lijn met GGD-brede verdeelsleutel. Administratieve lasten (en daarmee kosten) het laagst	Houdt geen rekening met de samenstelling van de bevolking, terwijl de werklust van jeugdgezondheidszorg zich richt op kinderen.
Kinderen 0-18 jaar	Berekening van de bijdrage per gemeente plaats op basis van het aantal kinderen van 0-18 jaar	Houdt rekening met de samenstelling van de bevolking en de werklust van jeugdgezondheidszorg	Wijkt af van verdeling andere kosten GGD voor de inwonerbijdrage.
O.b.v. verdeling gemeentefonds	Verdeling conform de verdeelsleutel die voor de verdeling gemeentefonds wordt gehanteerd.	Sluit aan bij de manier waarop gemeenten hun inkomsten van het Rijk krijgen.	Wijkt af van verdeling andere kosten GGD. Ingewikkelde verdeelsleutel.
Historisch	De huidige relatieve bijdrage van elke gemeente aan jeugdgezondheidszorg wordt als norm gehanteerd voor de kostenverdeling in de toekomst.	Geen herverdeeleffecten.	Geen logische relatie tussen werklust en kosten. Door verschillen in bijdragen van gemeenten ontstaat een 'free rider' effect. Veranderingen in het pakket worden niet financieel vertaald, waardoor gemeenten voor hetzelfde pakket verschillende bijdragen betalen.

Tijdens een bespreking met de ambtelijke klankbordgroep is – nog los van de cijfermatige uitkomsten van de verdeelmodellen – gesproken over de logica om verdeelsleutels al dan niet te gebruiken. Uit deze bespreking bleek dat de verdeelsleutel op basis van verdeling gemeentefonds niet nader uitgewerkt hoeven te worden, omdat hier historische componenten inzitten en een moeilijk uitlegbare verdeelsleutel is. De historische verdeelsleutel heeft niet de voorkeur van de klankbordgroep, omdat er geen logische relatie is tussen werklust en de kosten. Wel is deze verdeelsleutel te beschouwen als een mogelijk 'terugvalscenario' als de herverdeeleffecten van de overige verdeelsleutels vooralsnog bestuurlijk niet haalbaar zouden zijn. De overige verdeelsleutels zijn voor de klankbordgroep acceptabel. De verdeelsleutel op basis van het aantal kinderen van 0-18 per gemeente is volgens de klankbordgroep de meest logische verdeelsleutel.

Tijdens de Bestuursconferentie op 3 november is gesproken over de logica van de overige twee verdeelsleutels. De meeste bestuurders zijn van mening dat de verdeelsleutel op basis van het aantal kinderen van 0-18 per gemeente de meest vanzelfsprekende verdeelsleutel is. De doorslaggevende argumenten die hiervoor worden gegeven zijn enerzijds dat de herverdelingseffecten voor alle gemeenten

gematigder zijn en anderzijds er logische verbinding is tussen de inhoud en de doelgroep van de jeugdgezondheidszorg.

Uiteindelijk concluderen alle bestuurders dat een logisch en uitlegbare verdeelsleutel van essentieel belang is en dat alles afwegende dit voor de jeugdgezondheidszorg de verdeelsleutel op aantal kinderen moet zijn.

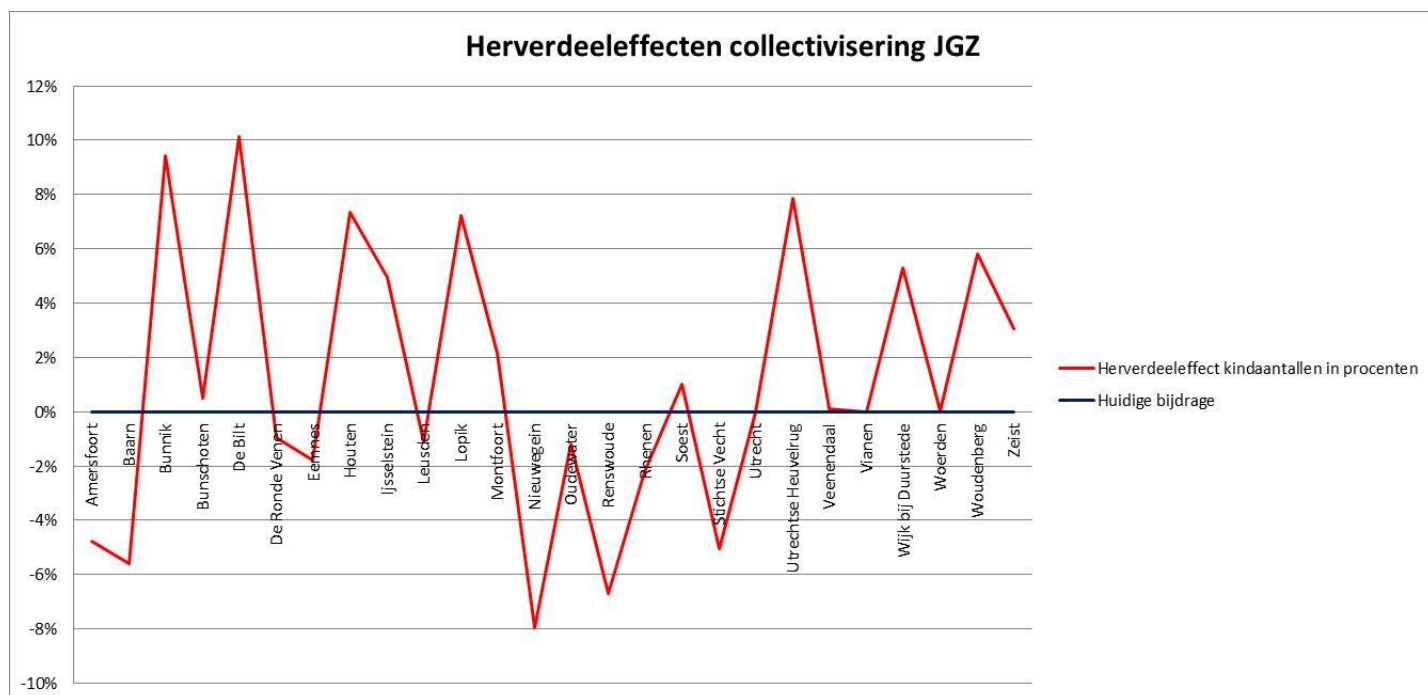
5.4 Financieel effect herverdeling

De bestaande gemeentelijke bijdragen aan de kosten van jeugdgezondheidszorg zijn in de afgelopen jaren historisch gegroeid. Van jaar tot jaar zijn tussen gemeenten verschillen ontstaan door onderhandeling met JGZ-aanbieders, door aanpassingen in rekenmethoden, door verschillen in uitvoering tussen JGZ-organisaties en gemeenten en door nog andere - niet meer te achterhalen - oorzaken. Dat betekent dat de gemeenten voor het huidige basispakket JGZ per kind verschillende bedragen betalen. Dit loopt uiteen van € 82,54 tot € 99,69 per kind (zie bijlage 4).

Bij invoering van een objectieve verdeelsleutel zal door het verschil in startpositie altijd een herverdeeeffect ontstaan. Immers, de gemeenten die nu relatief veel bijdragen, zullen bij invoering van een verdeelsleutel minder gaan bijdragen – en andersom.

Dit – gebruikelijke – effect van het hanteren van een objectieve verdeelsleutel wordt in dit geval nog extra beïnvloed door de noodzaak het basispakket aan te passen aan de gewijzigde regelgeving. Beide effecten werken op elkaar in en leiden tot verschillen tussen de bestaande bijdrage en de bijdrage op basis van een verdeelsleutel.

We hebben de verdeling conform de verdeelsleutel die zowel door de klankbordgroep als de bestuurders van de Bestuursconferentie als acceptabel is bestempeld ook financieel vertaald. In de hierna volgende grafiek is in beeld gebracht wat de procentuele herverdeeeffecten zijn bij verdeling op kind aantallen.



In onderstaande tabel is per gemeente in beeld gebracht wat de nieuwe bijdrage wordt in euro's. Tevens is het herverdeeleffect in beeld gebracht wat per gemeente optreedt ten opzichte van de bijdrage volgens het nieuwe basistakenpakket (zie bijlage 2).

Gemeente	Bijdrage basistaken na aanpassing basispakket	Herverdeling o.b.v. aantal kinderen	Herverdeel-effect op aantal kinderen in euro's
Amersfoort	3.638.940	3.465.291	-173.649
Baarn	488.520	461.286	-27.234
Bunnik	280.869	307.365	26.496
Bunschoten	480.595	483.002	2.407
De Bilt	774.652	853.121	78.469
De Ronde Venen	851.191	843.077	-8.114
Eemnes	189.323	185.969	-3.354
Houten	1.083.210	1.162.686	79.476
Ijsselstein	724.544	760.328	35.784
Leusden	604.366	597.606	-6.760
Lopik	295.007	316.357	21.350
Montfoort	307.207	313.870	6.663
Nieuwegein	1.253.554	1.153.694	-99.860
Oudewater	207.929	205.484	-2.445
Renswoude	138.327	129.049	-9.278
Rhenen	431.242	421.682	-9.560
Soest	905.548	914.824	9.276
Stichtse Vecht	1.361.756	1.293.266	-68.490
Utrecht	-	-	-
Utrechtse Heuvelrug	874.439	943.140	68.701
Veenendaal	1.419.442	1.420.976	1.534
Vianen	-	-	-
Wijk bij Duurstede	450.251	474.201	23.950
Woerden	1.130.480	1.131.022	542
Woudenberg	279.612	295.885	16.273
Zeist	1.243.293	1.281.117	37.824
Totaal	19.414.297	19.414.297	-

Toelichting:

- *Bijdrage basistaken na aanpassing basispakket:* in deze kolom is het bedrag opgenomen van de bestaande bijdrage aan het basispakket, na verschuiving van het budget van maatwerktaken die overgaan naar het basispakket (zie bijlage 2 voor een detaillering van deze beweging). Deze kolom is te beschouwen als de historische bijdrage.

- *Herverdeeleffect o.b.v. aantal kinderen:* in deze kolommen zijn de consequenties opgenomen van het hanteren van de verdeelsleutel 'kinderen 0-18'. Een negatief bedrag in de kolom betekent een lagere bijdrage voor de betreffende gemeente.

5.5 Omgaan met herverdeeleffecten

Te constateren valt dat de verdeelsleutel verschillend uitpakt per gemeente. Hierbij spelen de historische verschillen in de bijdrage aan jeugdgezondheidszorg 0-4 en de verschillen in bijdrage aan het maatwerk een rol (relatief veel of weinig maatwerk dat naar het basispakket overgaat).

Het herverdeeleffect varieert tussen € 173.649 voordeling en € 79.476 nadelig. In percentages van het gemeentelijke budget varieert het effect van 8% voordelig tot 10% nadelig. Er zijn 10 voordeelgemeenten en 14 nadeelgemeenten.

Tijdens de Bestuursconferentie is richtinggevend uitgesproken de herverdelingseffecten te verzachten door een geleidelijk ingroeimodel te hanteren. Uit deze bijeenkomst bleek dat het denkbaar is om drie jaar toe te groeien naar het eindbeeld (2020). De voordeelgemeenten zijn bereid af te zien van een deel van hun voordeel.

Gemeenten betalen dan in 2018 hun huidige jeugdgezondheidszorg-bijdrage¹² en 1/3^e deel van het voor- of nadeel, in 2019 hun huidige bijdrage en 2/3^e deel van het voor- of nadeel. In 2020 betalen de gemeenten de uiteindelijke bijdrage.

5.6 Voorstel bestuursbesluit

Op basis van het voorgaande stellen we het bestuur voor:

Beslispunt 4: *De huidige bijdrage van Vianen aan de kosten van jeugdgezondheidszorg vast te stellen op een percentage van de totale kosten jeugdgezondheidszorg. En dit percentage in de toekomst te hanteren om de bijdrage van de gemeente Vianen aan jeugdgezondheidszorg te bepalen.*

Beslispunt 5: *De huisvestingskosten voor huisvesting jeugdgezondheidszorg apart per gemeente af te rekenen.*

Beslispunt 6:
De kosten van de jeugdgezondheidszorg vanaf 2018 verdelen op basis van het aantal kinderen 0-18.

Voor de periode 2018-2020 wordt een geleidelijk ingroeimodel gehanteerd. Gemeenten betalen dan in 2018 hun huidige jeugdgezondheidszorg-bijdrage en 1/3^e deel van het voor-/nadeel, in 2019 hun huidige bijdrage en 2/3^e deel van het voor-/nadeel. In 2020 betalen de gemeenten de uiteindelijke bijdrage.

¹² Het betreft de bijdrage aan het huidige basispakket plus de bijdrage aan activiteiten die van het maatwerk verschuiven naar het basispakket (budgetneutrale verschuiving).

Bijlage 1: Samenstelling basispakket conform Besluit PG

Bron: <https://www.ncj.nl/toolbox-basispakket-jgz1/inhoud>

ALLE KINDEREN IN BEELD

De JGZ ziet de kinderen regelmatig en volgt het kind tijdens het opgroeien. Zij monitort groei en ontwikkeling, doet gezondheidsonderzoek en screent. De JGZ heeft een brede, integrale beoordeling van kinderen in de context van gezin en omgeving en kijkt naar het individuele kind en de gezondheidstoestand van alle kinderen.

Anamnese:

- Zorgen en vragen
- Voorgeschiedenis
- Familieanamnese

Beoordelen lichamelijke verschijning (incl. signalen kindermishandeling)

Beoordelen functies:

- Lichamelijk, psychisch, sociaal functioneren
- Zindelijkheid, (excessief) huilgedrag, slapen

Risicofactoren / risicogroepen/ aandoeningen/handicap

Draagkracht/ draaglast

Ontvangen zorg/zorgbehoefte

Inschatten voorlichtingsbehoefte

Groei:

- Lengte
- Gewicht
- Hoofdomtrek

Ontwikkeling:

- Psychisch/sociaal- emotioneel
- Cognitief
- Motoriek
- Spraak- taal, communicatie
- Seksueel

Screeningen:

- Hielprik*
- Perceptief gehoorverlies
- Aangeboren hartafwijkingen
- Dysplastische heupontwikkeling
- Niet-scrotale testis
- Oogpathologie en Visuele stoornissen
- Spraak- en taalstoornissen

VERSTERKEN KRACHT OUDERS EN JONGEREN

De JGZ steunt ouders bij het gezond opgroeien en opvoeden en geeft preventieve voorlichting en advisering (individueel of in groepen). Zo nodig volgt in aansluiting op signaleren een of enkele extra gesprekken om ouders en kind gerust te stellen door voorlichting, advies, begeleiding of instructie en beoordeelt of extra ondersteuning, hulp of zorg nodig is.

Gezondheidsbevordering en signalering:

- Gezonde (borst-)voeding

- Overgewicht / ondergewicht
- Voedselovergevoeligheid
- Vitamine D en K
- Veilig slapen
- Veiligheid
- Voorkeurshouding
- (Mee)roken
- Gebit en gebitsverzorging
- Middelengebruik (voornamelijk bij adolescenten): Alcohol, roken en cannabis/drugs
- Leefstijl (voornamelijk bij adolescenten): Sport en bewegen, seksueel gedrag (SOA, anticonceptie) en internetgebruik

Bevorderen psychosociale en emotionele gezondheid en voorkomen opvoedproblemen:

- Psychosociale problemen en opvoedvragen
- Opvoedproblemen en kindermishandeling, VGV en shaken baby syndroom
- Weerbaarheid kinderen en jongeren o.a. pesten, discriminatie, geweld (o.a. seksuele dwang)
- Depressie

Vaccineren

TIJDIG SIGNALEREN EN HULP INSCHAKELEN (was: inschatten zorgbehoefte)

De JGZ kijkt hierbij naar het kind als geheel en betreft hierbij de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling. De JGZ signaleert bevorderende en bedreigende factoren in de opvoeding in gezin en omgeving en indien nodig wordt hulp erbij gevraagd of doorverwezen. De JGZ grijpt in in situaties die de veiligheid van het kind bedreigen. De JGZ volgt het kind tijdens en na hulp.

Hulp erbij halen, ingrijpen of verwijzen bij:

- Disbalans draagkracht/draaglast en ontvangen zorg/zorgbehoefte bij kind en gezin
- Gezondheidsbedreigingen gezin en omgeving (sociaal, fysiek, psychisch, pedagogisch milieu)
- School-/ziekteverzuim/schooluitval

SAMENWERKEN

Netwerken, overleg en (keten)samenwerking met onderwijs, kindercentra, gezondheidszorg, jeugdhulp, buurtteams en andere aanpalende sectoren.

ONDERZOEK, BELEIDSINFORMATIE EN ADVIES

- Doet epidemiologisch onderzoek, mede op basis van DD JGZ
- Signaleert
- Geeft beleidsadvies en adviseert over collectieve maatregelen aan gemeenten en anderen

Bijlage 2: Betekenis verschuiving maatwerk naar basispakket

In onderstaande tabel is per gemeente het effect weergegeven van de in hoofdstuk 3 beschreven verandering van het basispakket. In de opstelling links is bestaande verdeling over basispakket, maatwerk en huisvestingskosten opgenomen. De opstelling rechts bevat de verdeling na het doorvoeren van het nieuwe basispakket.

Per gemeente is een specificatie beschikbaar van de verschuiving.

Gemeente	Huidige bijdrage basistaken	Huidige bijdrage maatwerk- taken	Huidige bijdrage huisvesting	Totaal	Bijdrage basistaken na aanpassing basispakket	Bijdrage maatwerk na aanpassing basispakket	Nieuwe bijdrage huisvesting	Totaal na aanpassing basispakket
Amersfoort	1.212.165	2.486.691	323.593	4.022.449	3.638.940	59.916	323.593	4.022.449
Baarn	190.121	298.892	41.546	530.559	488.520	493	41.546	530.559
Bunnik	115.696	170.738	16.452	302.886	280.869	5.565	16.452	302.886
Bunschoten	164.706	318.295	44.385	527.386	480.595	2.406	44.385	527.386
De Bilt	331.147	540.174	54.584	925.905	774.652	96.669	54.584	925.905
De Ronde Venen	335.555	554.284	111.474	1.001.313	851.191	38.648	111.474	1.001.313
Eemnes	69.880	119.725	15.838	205.443	189.323	282	15.838	205.443
Houten	389.896	739.871	68.158	1.197.925	1.083.210	46.557	68.158	1.197.925
Ijsselstein	271.639	556.542	32.338	860.519	724.544	103.637	32.338	860.519
Leusden	228.796	375.570	54.300	658.666	604.366	-	54.300	658.666
Lopik	112.699	193.241	29.222	335.162	295.007	10.933	29.222	335.162
Montfoort	109.180	207.941	53.066	370.187	307.207	9.914	53.066	370.187
Nieuwegein	476.350	857.066	83.374	1.416.790	1.253.554	79.862	83.374	1.416.790
Oudewater	78.521	139.554	40.232	258.307	207.929	10.146	40.232	258.307
Renswoude	40.100	101.757	3.150	145.007	138.327	3.530	3.150	145.007
Rhenen	152.874	328.972	52.944	534.790	431.242	50.604	52.944	534.790
Soest	357.308	551.152	79.873	988.333	905.548	2.912	79.873	988.333
Stichtse Vecht	502.152	940.979	178.690	1.621.821	1.361.756	81.375	178.690	1.621.821
Utrecht	-	-	-	-	-	-	-	-
Utrechtse Heuvelrug	377.563	571.374	116.865	1.065.802	874.439	74.498	116.865	1.065.802
Veenendaal	504.440	917.791	78.968	1.501.199	1.419.442	2.789	78.968	1.501.199
Vianen	pm *)	pm		pm	-	-	-	-
Wijk bij Duurstede	183.008	290.906	21.248	495.162	450.251	23.663	21.248	495.162
Woerden	401.836	889.644	123.122	1.414.602	1.130.480	161.000	123.122	1.414.602
Woudenberg	99.865	179.747	25.254	304.866	279.612	-	25.254	304.866
Zeist	484.545	892.507	16.346	1.393.398	1.243.293	133.759	16.346	1.393.398
Totaal	7.190.042	13.223.413	1.665.022	22.078.477	19.414.297	999.158	1.665.022	22.078.477
	33%	60%	8%	100%	88%	5%	8%	100%

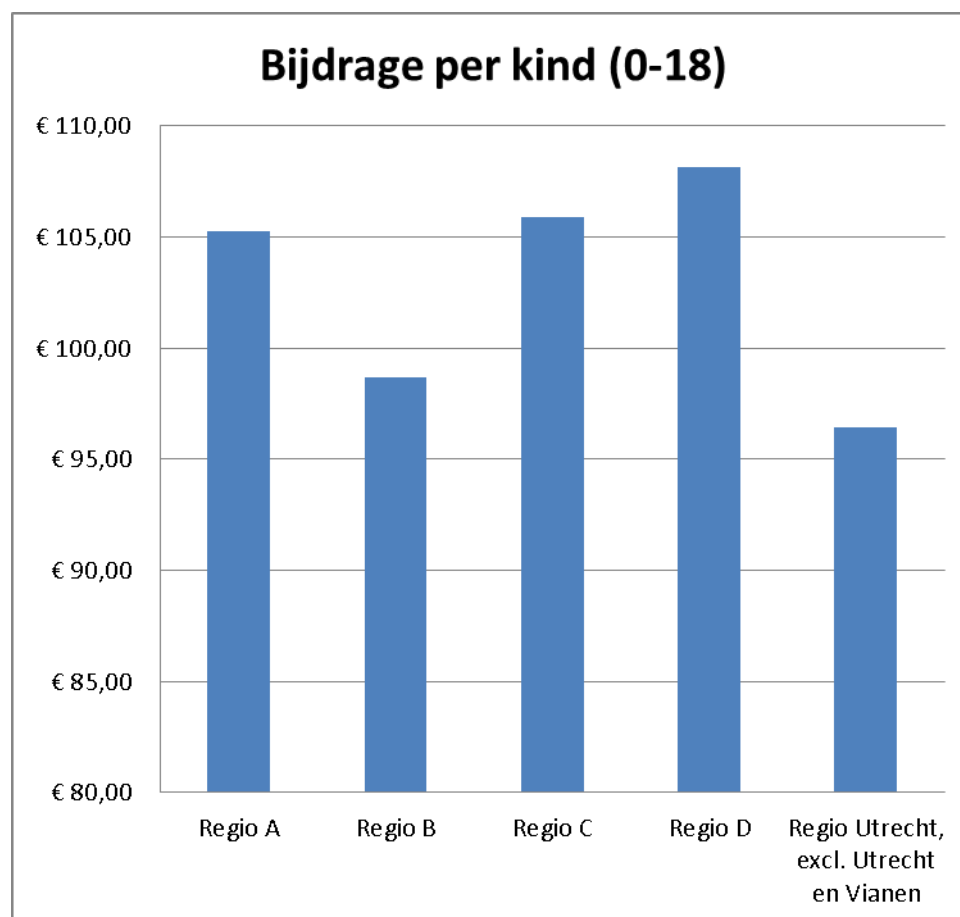
*) Vianen betaalt een bijdrage van € 154.511 aan het basispakket en € 31.476 aan maatwerk. Voor de vergelijkbaarheid is dit buiten de tabel gehouden.

Bijlage 3: Vergelijking referentieregio's

Lysias Advies heeft de hoogte van de gemeentelijke bijdrage aan het basispakket JGZ in de regio Utrecht vergeleken met de bijdrage in vier andere regio's waarvan het bureau over gedetailleerde gegevens beschikt. Het gaat om de regio's:

- IJsselland
- Noord- en Oost-Gelderland
- West-Brabant
- Zaanstreek-Waterland

De analyse leidt tot het volgende beeld:



Bijlage 4: Analyse huidige kosten JGZ per kind

In onderstaande tabel zijn de bestaande gemeentelijke bijdragen (de oude situatie) aan het uniforme deel van jeugdgezondheidszorg opgenomen en vertaald naar een (fictieve) bestaande bijdrage per kind.

De optelling bestaat uit die delen die in het bestaande pakket als uniform kunnen worden beschouwd: het uniforme deel voor JGZ 0-4, de bijdrage aan het uniforme deel JGZ 4-18 en de bijdragen aan het digitaal dossier. Huisvestingskosten zijn buiten het overzicht gehouden.

Gemeente	Bijdrage basispakket 0-4 en 4-18 (incl. DD JGZ)	Aantal kinderen	Bijdrage basispakket 0-4 en 4-18 (incl. DD JGZ per kind)
Amersfoort	3.206.248	36.224	88,51
Baarn	441.078	4.822	91,47
Bunnik	266.904	3.213	83,07
Bunschoten	436.189	5.049	86,39
De Bilt	736.062	8.918	82,54
De Ronde Venen	819.924	8.813	93,04
Eemnes	168.703	1.944	86,78
Houten	1.041.091	12.154	85,66
Ijsselstein	692.794	7.948	87,17
Leusden	552.091	6.247	88,38
Lopik	283.720	3.307	85,79
Montfoort	293.363	3.281	89,41
Nieuwegein	1.202.228	12.060	99,69
Oudewater	194.438	2.148	90,52
Renswoude	133.465	1.349	98,94
Rhenen	416.929	4.408	94,58
Soest	842.241	9.563	88,07
Stichtse Vecht	1.294.698	13.519	95,77
Utrecht		-	-
Utrechtse Heuvelrug	840.105	9.859	85,21
Veenendaal	1.346.066	14.854	90,62
Vianen		-	-
Wijk bij Duurstede	433.094	4.957	87,37
Woerden	1.072.735	11.823	90,73
Woudenberg	255.507	3.093	82,61
Zeist	1.229.073	13.392	91,78