Hart voor Brabant

Gezondheid telt!

Voorjaarsnota 2014

GGD Hart voor Brabant

1. Inleiding

Onze maatschappij is sterk in ontwikkeling. Veranderende sociale verbanden, de werking van de verzorgingsstaat en economische ontwikkelingen leidden mede tot een nieuwe visie op onze samenleving. Deze nieuwe visie heeft betekenis voor de rol en verantwoordelijkheden van de burger, de overheid en maatschappelijke organisaties.

transities en de burger

De gemeenten zijn volop aan de slag om een aantal verantwoordelijkheden in het sociale domein en de jeugdsector over te nemen van het rijk en de provincie. Ze bereiden zich voor op transities die meer inhouden dan alleen het overnemen.
Ze omvatten ook een transformatie van de wijze waarop de overheid en instellingen ondersteuning geven aan burgers, in het bijzonder de kwetsbare. Verandering dus.

bijdragen aan verandering

We willen als GGD bijdragen aan deze verandering. Dit vanuit onze opdracht: het behalen van gezondheidswinst. Bijdragen vanuit de publieke gezondheid en onze rol in het domein veiligheid.

GGD dichtbij

In deze nota nemen we u mee in de uitgangspunten die we hierbij hanteren. Het proces om deze in ons werk te vertalen heet: *GGD dichtbij* (zie blz. 4).

leeswijzer

In hoofdstuk 2 schetsen we onze omgeving, in hoofdstuk 3 vindt u wat dat betekent voor de GGD, met enkele voorbeelden. Een uitwerking daarvan vindt u straks terug in de begroting 2014. Hoofdstuk 4 sluit de nota af met de financiële kaders voor 2014.

betrokken bij voortgang

We betrekken de gemeente tijdig bij het besluit over onze begroting. Via raad of commissie kan zij haar opmerkingen doorgeven aan haar portefeuillehouder, die ook lid is van het GGD-bestuur. Na vaststelling door het Algemeen Bestuur (begin april) is deze voorjaarsnota dan de basis voor de begroting 2014, die we in mei naar de gemeenten sturen (de wet verplicht ons om de begroting rond 1 juli vast te stellen).
Het beoogd resultaat: een begroting 2014 met programma's en activiteiten die gericht blijven op de gezondheid van al onze inwoners.

's-Hertogenbosch, 17 januari 2013,

het Dagelijks Bestuur van de GGD Hart voor Brabant,

H.A.M. Backx	F.H.G.M. Ronnes,
secretaris	voorzitter

2. Ontwikkelingen om ons heen

In de vorige eeuw waren familie- en sociale verbanden sterker en de verschillen in de samenleving kleiner. In deze meer homogene en overzichtelijke samenleving nam de overheid veel verantwoordelijkheden over om de meest kwetsbaren te ondersteunen. Dit heeft een tijd goed gewerkt. Maar het grotendeels door de overheid gefinancierde systeem groeide uit tot een omvangrijk en vaak ook bureaucratisch stelsel met een eigen professionele logica dat vooral aanbodgericht was en niet altijd aansloot bij de echte vraag van de burger.

Aan de haalbaarheid van onze huidige verzorgingsstaat komt een eind. De samenleving is divers en de burger is te afhankelijk geworden. Maar ook individualisering, minder solidariteit en de onbetaalbaarheid van de verzorgingsstaat dragen hieraan bij. Er was een nieuwe denklijn nodig.

verandering sociale domein

Hierdoor staan we aan de vooravond van een grote verandering van de inrichting van het sociale domein. Met daarin andere principes en andere uitgangspunten.

De burger: meer op eigen kracht

De rolverdeling tussen burgers, overheid en instellingen moet anders. Burgers moeten meer in hun kracht geplaatst worden en eerst zelf hun eigen mogelijkheden en die van het sociale netwerk inzetten. Participatie is hierbij een belangrijk uitgangspunt. Dit vraagt ook van de (maatschappelijke) organisaties dat ze een andere houding aannemen. Uitgaan van de mogelijkheden van de burger zelf in plaats van de vraag vertalen in een aanbod en de verantwoordelijkheden en de zorg overnemen.

grote verschuivingen

Wel moeten die organisaties helpen bij het verstevigen van het sociale netwerk en eventuele signalen en risico's vroeg herkennen om snel te kunnen ondersteunen als dat nodig is. En dan zo, dat inzet van specialistische zorg voorkomen kan worden. Voor de echt kwetsbaren moet natuurlijk specialistische zorg en hulp beschikbaar zijn. Dit vraagt dat organisaties dichtbij de burger moeten staan. In de wijken, in de scholen, in de gezinnen. Ook moet de ondersteuning vanuit de verschillende organisaties op elkaar afgestemd zijn. Eén gezin, één plan.

Wat betekent dit voor de GGD?

De GGD heeft de publieke opdracht om gezondheidswinst te behalen. Daarnaast heeft hij vanuit het perspectief gezondheid een opdracht in het domein veiligheid.

Bij de ontwikkelingen in het sociale domein staat het begrip participatie en het nemen van de eigen verantwoordelijkheid centraal. Gezondheid draagt direct bij aan persoonlijk en sociaal welbevinden, leefbaarheid en prestaties in alle aspecten van het leven. Zonder gezondheid geen participatie en wie participeert, voelt zich gezonder. En wie gezond is, kan beter verantwoordelijkheid nemen voor zichzelf en zijn omgeving. Het

gezondheid en eigen kracht

bevorderen van gezondheid is daarmee een belangrijke voorwaarde voor het doen slagen van de ambities in het sociale domein.

Ook bij de decentralisaties biedt preventie kansen. Gemeenten krijgen bijvoorbeeld minder geld voor de geïndiceerde jeugdzorg. Dat dwingt ons om nog meer te

voorkomen dat zwaardere zorg nodig is. Het sociale netwerk moet eerder preventief handelen om erger te voorkomen.
De kerncompetenties van de GGD liggen bij het signaleren van gezondheidsrisico's, het preventief acteren op deze risico's, het trainen en scholen van (nieuwe) mantelzorgers en het bieden van lichte ondersteuning.
Daarnaast treden we op bij crisissituaties als de (sociale) veiligheid in het geding is.

actief in de 0de en 1ste lijn

Vanuit deze competenties willen we onze bijdrage vooral leveren in de 0de en 1ste lijn. Vroeg en snel signaleren, doortastend zijn in samenwerking, het versterken van de eigen kracht en het licht ondersteunen als dit nodig is. Individueel én collectief.
Verder kan de GGD als publieke organisatie de gemeente ondersteunen bij het vervullen van haar verantwoordelijkheden. Te denken valt dan aan de onderzoeks- en beleidsondersteuning en het schakelen naar partijen in de zorgsector zoals huisartsen, specialisten, maar ook het regisseren als de gemeente dit van ons vraagt.

aanwezig waar dat nodig is

Het nieuwe denken over het sociale domein vraagt ook een andere manier van aanwezig zijn: in het kindercentrum, de school, het Centrum voor jeugd en gezin (CJG), de wijk, de gemeente, de regio. We moeten breder en meer in samenhang leren kijken naar wat nodig is. Vanuit onze eigen discipline een generalistische kijk op de omgeving ontwikkelen, maar zeker ook onze specifieke kennis en onze deskundigheid inbrengen in het integrale team op school, in de wijk, in de gemeente.
Het vraagt ook om onze professionals het vertrouwen en de ruimte te geven om in deze integrale teams hun deskundigheid in te brengen. Ze moeten met elkaar het beste arrangement voor de burger samenstellen en moeten weten wanneer ze schakelen naar meer specialistische zorg. Maar ook weten wanneer weer terug te schakelen naar lichtere zorg en liefst naar de eigen kracht. Samen op zoek naar en organiseren van de beste oplossing op maat waarbij een van de partners de regie neemt.

zoeken naar de beste oplossing

Dit vraagt ook onderling vertrouwen tussen de professionals en tussen de instellingen. Het vraagt investeren in relaties en in het aanspreken van elkaar als dat nodig is. Het belang van de burger prevaleert boven het belang van de organisatie.
Het betekent dat wij de professionele basis voor onze professionals moeten bieden en dat we hen moeten steunen met de juiste competentieontwikkeling en faciliteiten om hun taak in de wijk op de beste manier te kunnen uitvoeren in belang van de burger, jong en oud. Onze nieuwe regionale teams bieden een belangrijke voorwaarde voor deze beweging en ze gaan met deze opdracht aan de slag.

GGD dichtbij

Een veranderende omgeving leidt ook tot veranderingen bij de GGD. Dit proces noemen we *GGD dichtbij*. Het startte al bij de jeugdgezondheidszorg en komt in heel ons werk centraal te staan.

vraaggericht en samen

Gemeenten zullen merken dat we onze maatschappelijke positie oppakken, vanuit ons streven naar gezondheidswinst en met speciale aandacht voor risicogroepen. Meer vraaggericht werken, ons meer richten op de samenwerking met onze klanten en partners en ook intern hechter samenwerken.

In 2011 stelde het bestuur drie (regionale) commissies in voor de jeugdgezondheids-zorg. Ze krijgen in de komende tijd meer inhoud én een meer sturende rol. We willen dit graag organisch, vanuit de regio's, tot stand laten komen.

Het Algemeen Bestuur stelde de volgende doelen vast voor *GGD dichtbij*. We willen:

- onze diensten zoveel mogelijk dicht bij de inwoners organiseren;
- diensten leveren die inwoners en gemeenten integraal kunnen benutten;
- onze diensten leveren volgens afspraak (over inhoud, kwaliteit en prijs);
- op een goede manier samenwerken met gemeenten en partners;
- dat de gemeente de GGD ziet als haar gewaardeerd adviseur en kennisinstituut;
- dat onze cultuur burgergericht, buitengericht en betrokken is;
- dat de professionaliteit, expertise en innovatie zijn gewaarborgd;
- er ruimte en verantwoordelijkheid is voor de deskundigheid van medewerkers;
- er een transparante bedrijfsvoering is, efficiënt en financieel gezond.

Het bereiken van die doelen gaat niet vanzelf. Daarvoor is een andere houding en ander gedrag nodig van alle GGD-medewerkers. We verwachten dat zij:

- bedreigingen voor de gezondheid tijdig herkennen en vraaggericht aanpakken;
- zichtbaar en beschikbaar zijn en samenwerken met partners;
- meer zelfstandig hun professionaliteit inzetten;
- flexibel zijn, een bredere kijk hebben en kansen zien voor betere ondersteuning;
- meedenken in en openstaan voor de veranderingen;
- zelf verantwoordelijk zijn voor de eigen ontwikkeling.

3. De uitdagingen voor de GGD

Onze kerntaak is: gezondheidwinst vanuit het publieke domein en in relatie tot het sociale domein. In 2011 lagen er de *volksgezondheidstoekomstverkenningen*, waaruit het Algemeen Bestuur de volgende speerpunten benoemde:

1. *gelijke kansen*: door het terugdringen van gezondheidsachterstanden;
2. *gezonde omgeving*: door te zorgen voor een gezonde fysieke en sociale omgeving;
3. *vitale bevolking*: door te investeren in preventie.

,

Deze speerpunten vormen onze missie waarin de kracht en de omgeving van de burger centraal staat. We zien ze als belangrijke ankers voor de publieke gezondheid in ons werkgebied. In deze nota verbinden we ze aan de belangrijke transities die gemeenten nu voorbereiden, met telkens als illustratie enkele voorbeelden. Deze accenten voeren we uit naast onze reguliere taken uit de Wet publieke gezondheids-zorg, zoals we die voor de gemeenten (blijven) uitvoeren.

Gelijke kansen

zorg voor kwetsbaren

Er zijn nog steeds grote verschillen in gezondheid: mensen met een lage opleiding leven 6 tot 7 jaar korter dan hoogopgeleiden. En het verschil in gezonde levensjaren is nog veel groter. De gezondheid van allochtonen is vaak minder gunstig dan die van autochtonen. Met de verslechterde economische situatie dreigen deze achterstanden groter te worden. In een moderne welvaartsstaat zijn deze verschillen onverteerbaar. Gezinnen die weinig sociaal zelfredzaam zijn, houden zich moeilijk staande en kunnen niet goed zelf hulp organiseren. Hierdoor zijn ze kwetsbaar. Ze hebben problemen met hun werk, hun gezondheid, de school en/of hun woning, met geld of met justitie. Dit leidt tot risico's voor de ontwikkeling van hun kinderen, zeker als die extra kwetsbaar zijn door een beperking en/of door gedragsproblemen.)

andere aanpak is nodig

Het blijft hard nodig om te werken aan het verkleinen van deze verschillen. Sleutel-begrippen daarbij zijn: vertrekken vanuit de beleving van de burger en samenwerken met gemeenten en partners. Zo kunnen we beter de eigen kracht versterken en daarbij meer gebruik maken van de expertise van onze collega-instellingen. Zij zijn vaak al meer ervaren in het betrekken van deze doelgroep. En wij hebben hen veel te bieden als het gaat om gezondheidsbevordering. De ervaring leert dat je met het thema gezondheid bij gezinnen goed 'binnen' komt. En ook in onze eigen organisatie zijn mensen actief die al wegen hebben gevonden om dichtbij de bewoners te staan. We zullen hen steviger positioneren.

bijvoorbeeld... *In Waalwijk nemen we op verzoek deel aan een pilot waarbij organisaties samen zorgen voor de ketenregie bij multiproblemgezinnen. De competenties van onze oggz-verpleegkundigen sluiten hierbij aan en we zetten hen hiervoor in (oggz = openbare geestelijke gezondheidzorg).*

bijvoorbeeld… *In Tilburg doen we mee aan een pilot van het frontlinieteam in de impulswijken Groenewoud en Stokhasselt. Doel is om outreachend sneller risico's te signaleren rond opvoeden en leefstijl, kort te ondersteunen of te schakelen naar passende hulp.*

Migranten uit Midden- en Oost-Europese landen zijn, meer dan anderen, kwetsbaar door hun lage sociaaleconomische status, slechte werk- en woonomstandigheden en hun taal. We onderzoeken (samen met gemeenten en partners) wat dit betekent voor preventie. Ook inventariseren we hoe zij het beste te bereiken zijn en door wie.

In 's-Hertogenbosch doen we mee aan de pilot CJG-wijkteam in Noord en in de pilot van het sociale wijkteam Kruiskamp-Schutskamp.

Het Bernheze ziet het Hooghuis, een vmbo-school met zo'n 400 leerlingen, dat de maatschappij andere eisen stelt aan leerlingen. Daarmee verandert ook de vraag aan de jeugdgezondheidszorg: een zorgarrangement op maat. Denk hierbij aan dossier-onderzoek bij instroom, observatie van kinderen en adviezen voor handelingsplannen.

Gezonde omgeving

De lokale overheid moet beschermend optreden bij gezondheidsbedreigingen. Het bestrijden van de infectieziekten blijft daarbij actueel. Vooral in onze regio zijn er veel ervaringen met ziekten die van dier op mens overgaan (denk aan de Q-koorts).

omgeving en risico's

Het is voor een gezondheidsdienst belangrijk om ziekten te bestrijden, maar daar blijft het niet bij. We moeten op zoek naar de bron en begeven ons daarmee op terreinen buiten de zorg. Het beïnvloeden van die omgeving is daarbij nodig.

Vaak is forse gezondheidswinst te boeken op gebieden die primair niets te maken hebben met zorg. Denk bijvoorbeeld aan veilige verkeersroutes en goede arbeids-omstandigheden.

gezondheid, op andere manieren

Ook op een andere manier is de omgeving belangrijk voor onze gezondheid: zij kan onveilig zijn door ongewenst gedrag van mensen. Of zij biedt te veel verleidingen voor verkeerd gedrag, met gevolgen voor de gezondheid.

Samen bezig zijn met groen in de buurt zorgt voor meer betrokkenheid en een goed contact tussen buren. Daarnaast zorgt een groene wijk voor een gezonde omgeving, meer speel- en ontwikkelingsmogelijkheden voor kinderen en minder conflicten en spanningen. Waar kansen liggen, spelen we erop in.

bijvoorbeeld… *In Brabant blijven landbouw en veeteelt economisch van groot belang. Maar mensen kunnen ziek worden van dieren. Voorkomen is moeilijk, dus we blijven alert. We houden contact met veehouders om samen mogelijke ziekten te signaleren.*
We blijven ook aandacht vragen voor het gebruik van antibiotica om de veehouderij.

In het Land van Cuijk bemiddelen we tussen scholen en hun cateraar om te zorgen voor een gezonder kantineaanbod, met daarbij een onderwijsmodule.

bijvoorbeeld… *Voor een goed en integraal lokaal beleid is overzicht nodig van welzijn, gezondheid en zorg in de wijk: een wijkprofiel. Hierin staan de gegevens uit onze monitors, de kind-dossiers en de informatie over welzijn, zorg en veiligheid. Daarmee gaan we in gesprek met de gemeente, partners en wijkbewoners.*

Kinderen leren al heel vroeg (on)gezond gedrag, dat later moeilijk te veranderen is. Daarom werken aan structurele aandacht voor gezondheid en veiligheid in de kinder-opvang, te vergelijken met het al bestaande De gezonde school. We doen een pilot van deze methode Gezonde kinderopvang: signaleren en adviseren bij (gezondheids) problemen en de afstemming met de gemeente, de CJG's en andere partners.

We begeleiden bij onrust bij incidenten in een school, wijk of gemeente, door het verlenen van psychosociale hulp. Wekelijks zijn er een tot twee van deze incidenten. Voorbeelden: 'seksueel' gedrag tussen kleuters, een leerkracht met kinderporno op zijn computer of een zelfdoding van een leerling. We werken dan intensief samen met de gemeente, de school en partners zoals maatschappelijk werk en GGZ.

Vitale bevolking

Nederland vergrijst. De overheid wil ouderen zo lang mogelijk gezond en zelfstandig houden. De gemeente heeft de taak om de gezondheid van ouderen te volgen (*Wet publieke gezondheid)*. Veel ouderen hebben verschillende chronische aandoeningen. Vaak zijn gezondheidsproblemen mede het gevolg van een ongezonde leefstijl.
Zorg moet betaalbaar blijven en heeft ook goed personeel nodig. Preventie wordt daarbij steeds belangrijker en ook mantelzorg en vrijwilligerswerk. Daarvoor is een vitale bevolking nodig, die langer deelneemt aan de maatschappij en die ook minder of later een beroep doet op zorg. De eerstelijns- en de publieke gezondheidszorg beseffen steeds beter dat ze elkaar nodig hebben voor het boeken van succes. Ze onderkennen ook steeds meer het belang van samenwerken in de wijk.
We informeren de gemeente over de gegevens uit de ouderenmonitor en verbinden die aan wijkinformatie en gegevens van partners, wat leidt tot een betere vertaling naar acties. We intensiveren onze contacten met zorgkantoren en zorgverzekeringen.

bijvoorbeeld… *Kwetsbaren hebben vaak een slechte lichamelijke conditie. Onze verpleegkundigen hebben aandacht voor deze problemen (bemoeizorg). In Tilburg onderzoeken we hoe preventie hier werkt. We maakten afspraken met onze partners en de huisartsen.*

In Uden tekenden we de intentieovereenkomst over een sterk multidisciplinair en geïntegreerd aanbod van diensten. Ook in andere gemeenten zijn initiatieven voor een integrale aanpak op het gebied van wonen, zorg en welzijn.

In Veghel en Sint Anthonis doen we een pilot met het tijdig signaleren van alcohol-problemen bij jongeren. De eerste lijn en een kinderarts zijn hierbij betrokken en we gaven een bijscholing voor alle (50) huisartsen in het Land van Cuijk.

4. Financiën

Bezuinigingen

In 2010 stelde ons bestuur, vanwege de bezuinigingen op het Gemeentefonds, dat ook de GGD moest bezuinigingen. Dit signaal pakten we voortvarend op: we vroegen het bestuur om prioriteiten aan te geven. Dat leverde de volgende speerpunten op:

- (prioriteit voor) risicogroepen € 560.000;
- samenwerken tussen instellingen € 275.000;
- samenwerken door/met gemeenten € 70.000;
- efficiency € 815.000.

In totaal € 1.700.000 aan bezuinigingen, deels uit te voeren in 2013, maar voor het volle bedrag al in 2012 leidend tot lagere inwonersbijdragen. Daarnaast was er nog de efficiencybezuiniging bij de overgang van de jeugdgezondheidszorg voor de 0- tot 4-jarigen, van € 600.000. Beide taakstellingen hebben we gerealiseerd.

We verwachten dat er in 2017 ruime ombuigingen komen voor de gemeenten: door de afspraken in het regeerakkoord 2012 en de overheveling van rijkstaken.

Inwonersbijdrage 2014

	Midden-Brabant	*regio 's-Hertogen-bosch*	*Brabant-Noordoost*
Basispakket na herijking, prijspeil 2013	13,22	14,16	13,33
Correctie nominale ontwikkelingen 2012/2013	0,08	0,08	0,08
Nominale ontwikkelingen 2014 (zie toelichting)	0,20	0,20	0,20
Inwonersbijdrage 2014	13,50	14,45	13,61
waarvan:			
- uniform deel van het basispakket	11,90	11,90	11,90
- lokale accenten binnen het basispakket	1,59	1,59	1,59
- autonome kosten (zie toelichting)		0,95	0,11

Toelichting

Nominale ontwikkelingen 2014

Conform de besluiten van het Algemeen Bestuur hanteren we de meest actuele index-cijfers van de gemeente Tilburg. Deze ramingen krijgen elk jaar een correctie op basis van de werkelijke cijfers van het lopende jaar. Zie ook bijlage 1.

Op dit moment is het nog niet mogelijk om de bijdrage voor de jeugdgezondheidszorg voor de 0- tot 4-jarigen op te nemen in de algemene bijdrage per inwoner: een aantal gemeenten zou dan nadelig uitkomen. Voorlopig factureren we deze bijdrage daarom apart, op basis van hetzelfde indexcijfer en op basis van de bijdrage voor het uniform deel en het lokale accent/maatwerkdeel in het basispakket 2013, zie bijlage 2.

Autonome kosten

Bij de fusie van de drie GGD'en stelden de besturen vast dat er nog verschillen waren tussen de regio's, vooral in het automatiseringsniveau en de huisvestingskosten. Dat leidde tot een extra bijdrage. Deze afspraken lopen tot 2018, daarna is een nieuwe, integrale afweging mogelijk.

Contactmoment adolescenten

Vanaf 2013 geeft het rijk de gemeenten extra geld voor een contactmoment voor jeugdigen vanaf 14 jaar, voor onderwerpen zoals (over)gewicht, seks en veilig vrijen, alcohol en drugs en depressie, pesten en weerbaarheid. Met dit extra contactmoment kan de jeugdgezondheidszorg passende zorg leveren voor deze jongeren. Het wordt maatwerk dat ruimte laat voor lokale invulling, aansluit bij de jongeren en antwoord geeft op de vragen van ouders en school.

Voor de gemeenten in ons werkgebied gaat het om ongeveer € 1 miljoen. Momenteel voeren we met de gemeenten overleg over de exacte invulling van deze preventie-activiteit. Bij de behandeling van de begroting 2014 zijn de voorstellen over de financiële gevolgen afgerond. We leggen die dan voor aan het Algemeen Bestuur.

Bijlage 1 – Inwonersbijdrage basispakket 2014

	Midden-Brabant	regio 's-Hertogen-bosch	Brabant-Noordoost	
Basispakket na herijking prijspeil 2013	13,22	14,16	13,33	
Correctie nominale ontwikkelingen 2012/2013	0,08	0,08	0,08	
Pubercontactmoment	PM	PM	PM	
Nominale ontwikkelingen 2014	0,20	0,20	0,20	
Inwonersbijdrage basispakket 2014	**13,50**	**14,44**	**13,61**	
waarvan:				
- basispakket uniform deel	11,90	11,90	11,90	
- lokale accenten binnen het basispakket	1,59	1,59	1,59	
autonome kosten	0,00	0,95	0,11	
totaal	13,50	14,44	13,61	
Extra bijdrage infectieziektebestrijding	PM	PM	PM	
Nominale ontwikkelingen[1]	**2012**	**2013**	**2014**	**2014 totaal**
Prijzen				
Begroting 2013	1,75%	1,75%	0,00%	
Begroting 2014	1,25%	1,50%	1,50%	
	-0,50%	-0,25%	1,50%	0,75%
Lonen				
Begroting 2013	1,50%	1,75%	0,00%	
Begroting 2014	3,65%	1,10%	1,50%	
	2,15%	-0,65%	1,50%	3,00%
Correctie prijsontwikkeling 2012 en 2013			-0,75%	
Correctie loonontwikkeling 2012en 2013			1,50%	
Gewogen correctie nominale ontwikkeling 2012/2013			0,58%	
Gewogen nominale ontwikkeling 2014			1,50%	
Totaal toe te rekenen index inwonersbijdrage 2014			**2,08%**	**2,08%**
Index tarieven plustaken				2,08%
Prognose gemeente Tilburg januari 2013	**2012**	**2013**	**2014**	
prijzen	1,25%	1,50%	1,50%	
lonen	3,65%	1,10%	1,50%	
Kosten beheersbegroting 2013 (*1000)	46.703		afgerond	
Personele lasten	27.395	58,7%	59%	
Materiële lasten	19.308	41,3%	41%	

[1] Op basis van de systematiek van de gemeente Tilburg:

- prijzen: de prijsmutatie van het Bruto Binnenlands Product;
- lonen: de gemeente Tilburg raamt de loonontwikkeling zelf, op basis van circulaires van het Ministerie van BZK, het Centraal Planbureau en aanvullende bronnen.

Bijlage 2 - bijdrage JGZ 0-4 jarigen

	Uniform 2014	Lokaal accent 2014
Midden-Brabant		
Dongen	303.355	28.080
Gilze en Rijen	351.089	42.092
Goirle	259.567	30.761
Heusden (Drunen)	290.789	30.348
Hilvarenbeek	195.245	16.455
Loon op Zand	279.731	39.431
Oisterwijk	277.488	34.653
Tilburg	2.498.443	308.647
Waalwijk	548.077	45.707
Subtotaal	5.003.783	576.174
Regio 's-Hertogenbosch		
Boxtel	345.285	47.570
Haaren	119.344	33.316
Heusden (Vlijmen)	221.267	17.334
Schijndel	237.934	65.618
's-Hertogenbosch	1.752.339	165.328
Sint-Michielsgestel	296.305	43.677
Vught	287.517	21.916
Subtotaal	3.259.991	394.759
Brabant-Noordoost		
Bernheze	377.901	30.689
Boekel	137.571	10.801
Boxmeer	364.946	33.915
Cuijk	303.972	31.129
Grave	160.762	12.331
Landerd	179.159	14.950
Maasdonk	153.621	14.937
Mill en Sint Hubert	132.089	11.568
Oss	1.074.420	72.915
Sint Anthonis	155.671	14.584
Sint-Oedenrode	209.808	10.828
Uden	508.559	39.477
Veghel	506.152	46.530
Subtotaal	4.264.633	344.654
Totaal	**12.528.407**	**1.315.587**