

# KADERNOTA 2025

GGD Brabant-Zuidoost

| | |
|---|---|
| Datum | |
| Auteur: | Pim Lamers |
| Functie: | Ambtelijk bestuurssecretaris |
| Aantal pagina's: | 28 |
| Status: | Gecontroleerd |
| Versie: | 1.0 |

# Inhoudsopgave


1. Inleiding ..... 4
2. Missie, visie en kerntaken GGD ..... 5
3. Uitdagingen voor de publieke en acute gezondheidszorg ..... 6
   3.1 Gevolgen van Covid-19 voor de volksgezondheid en de GGD ..... 6
   3.2 Het verkleinen van gezondheidsverschillen ..... 7
   3.3 Bevorderen van een gezonde leefstijl in een gezonde leefomgeving ..... 8
   3.4 Bevorderen van een mentaal gezonde samenleving ..... 9
   3.6 Versterken van ambulancezorg als onderdeel van de acute zorgketen ..... 12
   3.7 Ontwikkelingen in de Jeugdgezondheidszorg ..... 14
   3.8 Overige ontwikkelingen ..... 16
4. Financieel meerjarenperspectief ..... 19
   4.1 Inleiding ..... 19
   4.2 Algemene kostenontwikkeling ..... 19
   4.3 Programma Ambulancezorg (AZ) ..... 19
   4.4 Programma Publieke Gezondheid (PG) ..... 20
   4.5 Weerstandsvermogen en risico's ..... 23

Bijlage 1 Kerntaken GGD ..... 25

Bijlage 2 Indicatieve ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijk takenpakket ..... 27

Bijlage 3 Verloop overige structurele bijdragen gemeenten ..... 28

# 1. Inleiding

Het Algemeen Bestuur van de GGD biedt deze kadernota aan gemeenten aan als opmaat naar de begroting 2025. De ontwerpbegroting 2025 van de GGD krijgen gemeenten in maart 2024 aangeboden zodat raden daarop hun zienswijzen kunnen geven. Via deze kadernota wil het Algemeen Bestuur van de GGD Brabant-Zuidoost de colleges en raden van de 21 gemeenten in onze regio inzicht geven in de missie, visie en kerntaken van de GGD (hoofdstuk 2), de maatschappelijke ontwikkelingen en uitdagingen op het terrein van de publieke gezondheid en acute zorg (hoofdstuk 3) en hen daarbij een doorkijk geven in de financiële gevolgen (hoofdstuk 4).

De GGD heeft samen met gemeenten en ketenpartners een Meerjarig Beleidsplan ontwikkeld voor de periode 2022 – 2026. Dit plan bevat de volgende zes thema's/maatschappelijke uitdagingen:

- Verkleinen van gezondheidsverschillen.
- Bevorderen van een gezonde leefstijl in een gezonde leefomgeving.
- Bevorderen van een mentaal gezonde samenleving.
- De juiste Ambulancezorg in de acute zorgketen.
- Een sluitende aanpak voor mensen met verward of onbegrepen gedrag.
- De gevolgen van Covid-19 voor de volksgezondheid

Deze thema's komen terug in hoofdstuk 3.
Het oorspronkelijk plan was om een uitvoeringsprogramma per thema te maken maar de regionale en lokale plannen van onze 21 gemeenten in het kader van IZA & GALA hebben dit ingehaald. Met instemming van het Algemeen Bestuur is besloten om de eerste vier thema's/ambities te incorporeren in de regionale en lokale plannen m.b.t. IZA & GALA. In paragraaf 3.7 gaan we nader in op de rol van de GGD bij IZA & GALA.

De GGD heeft de bestuursopdracht die in 2019 aan haar is gegeven onlangs afgerond met een verantwoording. De belangrijkste resultaten van de Bestuursopdracht zijn:

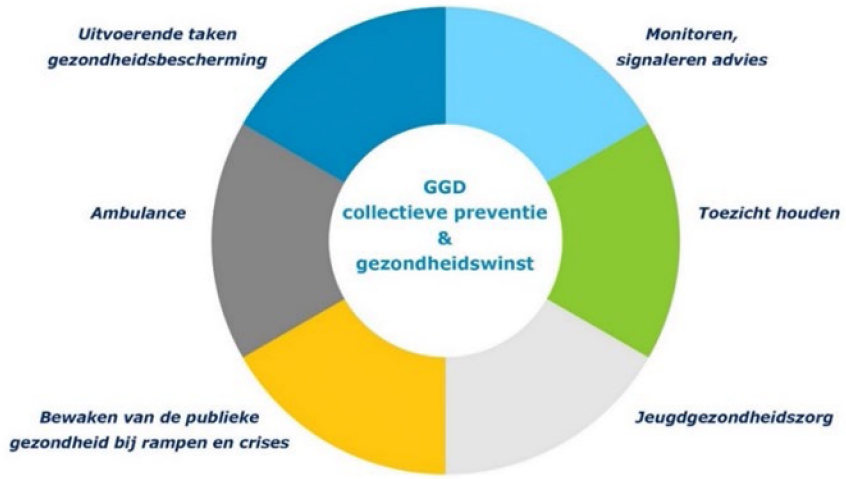
- Succesvolle integratie van de Jeugdgezondheidszorg voor de 0 tot 4-jarigen in de GGD.
- Een financieel gezondere GGD: sluitende exploitaties, een groter weerstandsvermogen, het volume van contracttaken is toegenomen en de mogelijkheid is gecreëerd om een wendbaarheidsbudget op te bouwen en aan te wenden voor vernieuwingen in het GGD-aanbod.
- De transformatie van een drie- naar een tweelagenstructuur.
- De implementatie van zelforganisatie en Lean (continu verbeteren) als sturingsfilosofie en het realiseren van een groot aantal verbetertrajecten die hebben geleid tot een grotere klanttevredenheid of efficiëntere processen
- Verbeteringen bij de bedrijfsvoeringsprocessen op de terreinen van ICT, HR, Finance & Control, Facilitair & Huisvesting en Communicatie.

Gemeenteraden worden in december 2023 via de colleges middels een informatiebrief op de hoogte gebracht van de resultaten van de bestuursopdracht. De GGD beschouwt hiermee de bestuursopdracht als afgerond en in deze Kadernota wordt hieraan verder geen aandacht meer besteed.

# 2. Missie, visie en kerntaken GGD

De GGD Brabant-Zuidoost streeft – onder regie van de gemeenten – door middel van preventie naar gezondheidswinst van alle inwoners, om zo een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van hun leven en zelfredzaamheid te vergroten. Wij zijn een proactieve, innovatieve en resultaatgerichte organisatie. Onze dienstverlening betreft gezondheid, preventie en snelle interventie, is professioneel en betrouwbaar en komt tot stand vanuit de wens van de klant en in dialoog met onze opdrachtgevers en samenwerkingspartners.

De GGD wil een wendbare organisatie zijn die werkt vanuit klantwaarden en maatschappelijk belang. We zijn er altijd voor iedereen, bewaken, beschermen en bevorderen de gezondheid van onze inwoners en willen de verbinder van preventie zijn. We zijn paraat bij kleine en grote crises en verzorgen 24/7 de ambulancezorg in onze regio. Hierbij gaan we uit van een brede definitie van gezondheid: gezondheid wordt niet meer gezien als afwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven om te gaan en zo veel mogelijk de eigen regie te voeren. In deze visie is gezondheid niet langer alleen strikt het domein van de zorgprofessional maar van ons allemaal. Het gaat immers om het vermogen om met veranderende omstandigheden om te gaan. Binnen de GGD werken we met Lean (continu verbeteren) als managementfilosofie.
Vanuit de Wet Publieke Gezondheid en de Wet Ambulancezorg geven wij vorm en inhoud aan het bewaken, beschermen en bevorderen van de gezondheid van de inwoners in onze regio via de volgende kerntaken (voor een nadere kennismaking met de GGD: [GGD pop-up expo - GGD Brabant-Zuidoost (ggdbzo.nl)]



# 3. Uitdagingen voor de publieke en acute gezondheidszorg

In dit hoofdstuk schetsen we in grote lijnen de belangrijkste maatschappelijke uitdagingen die wij de komende jaren zien op het terrein van de publieke gezondheid en acute zorg voor de GGD en haar partners. Deze uitdagingen zijn opgenomen in ons MJB-plan en de regionale en lokale plannen van gemeenten in het kader van IZA en GALA. Een uitgebreide versie van dit MJB-plan kunt u vinden op onze website : MJBplan-opmaak_vDIGI.pdf (ggdbzo.nl). In de lokale en regionale plannen in het kader van IZA en GALA worden onderstaande ambities , voor zover zij daar onderdeel van vormen, verder uitgewerkt.

## 3.1 Gevolgen van Covid-19 voor de volksgezondheid en de GGD

In 2020 is de wereld opgeschrikt door de coronapandemie. Deze pandemie heeft een grote impact op onze samenleving gehad, zowel sociaal en economisch als voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg en de gevolgen voor de volksgezondheid zijn ook nu nog merkbaar (long Covid, mentale gezondheid jongeren, toegenomen gezondheidsverschillen).
Inmiddels is een groot deel van de bevolking in onze regio gevaccineerd tegen Covid-19. Maar dat neemt niet weg dat nog steeds mensen besmet kunnen raken met Covid-19 en in het ziekenhuis kunnen belanden of eraan kunnen sterven. Ongeveer 6% van de mensen die met corona besmet zijn geraakt, heeft long-Covid opgelopen.
Verwacht wordt dat ook de komende jaren nog vaccinatiecampagnes tegen Covid-19 zullen plaatsvinden en de GGD daarin een uitvoerende rol heeft.
Het kabinet werkt aan de versterking van de publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding in het kader van pandemische paraatheid. Met als doel een slagvaardig, wendbaar en opschaalbaar stelsel van infectieziektebestrijding dat is toegerust op een grootschalige uitbraak van een A-infectieziekte met landelijke impact. Om die versterking te realiseren is in 2022 een aantal trajecten gestart waarmee eerste stappen zijn gezet. Na deze eerste, belangrijke stappen in de versterking van de publieke gezondheid zet het kabinet vanaf 2025 in op structurele versterking en samenwerking bínnen het stelsel van infectieziektebestrijding. Met als doel de publieke gezondheid blijvend te versterken én opschaling en afschaling in tijden van en na een pandemie mogelijk te maken.

Onze ambitie

We versterken onze pandemische paraatheid en onze capaciteit bij Infectieziekte bestrijding (IZB). Het Rijk gaat hiervoor extra middelen ter beschikking stellen (SPUK) en de GGD gaat dat omzetten in extra formatie. Het gaat hierbij om extra formatie voor IZB-artsen en –verpleegkundigen, epidemiologen/datascientists, gedragswetenschappers en communicatiefuncties. Het doel is om beter voorbereid te zijn op een volgende pandemie.
Daarnaast loopt er landelijk een onderzoek naar een herijking van de formatienormering bij infectieziekte bestrijding door GGD'en. Dit kan ertoe leiden dat de formatie bij de GGD nog verder wordt uitgebreid (mits het Rijk hiervoor extra financiële middelen ter beschikking stelt).

We hebben onze kennis, voorlichting en uitvoering van vaccinaties in brede zin (Covid, Reizigersvaccinaties, Rijksvaccinatieprogramma) gebundeld in een Vaccinatie Expertise Centrum (VEC). Er is een flexibele personele schil opgebouwd waarmee we snel kunnen op- en afschalen indien dat nodig is.
We zorgen hierbij voor een stevige lokale verbinding met gemeenten en ketenpartners. Het wordt belangrijker dan ooit om de vaccinatiegraad te verhogen en om betrouwbare voorlichting te geven, zowel regionaal als lokaal, met een juiste balans tussen grootschaligheid en fijnmazigheid.
De vaccinatiediscussie polariseert en dat vraagt om een review van de effectiviteit van onze voorlichting aan moeilijk bereikbare doelgroepen. Het vraagt ook om het versterken van het vertrouwen in het rijksvaccinatieprogramma.

### 3.2 Het verkleinen van gezondheidsverschillen

In Nederland leven mensen met een lage opleiding gemiddeld 6 jaar korter dan mensen met een hoge opleiding. Het verschil in gezond ervaren levensjaren tussen mensen met een lage en een hoge opleiding is 15 jaar.
Kinderen die ongezond opgroeien hebben vaak een achterstand. Het gaat hier om complexe ongelijkheid die deels sociaal en economisch bepaald is en die de individuele mogelijkheden om te beïnvloeden overstijgt. Met alle maatschappelijke gevolgen en kosten van dien.
Deze complexe ongelijkheid is onrechtvaardig voor het individu, veroorzaakt hogere zorguitgaven en een lagere arbeidsparticipatie. En zet bovendien het menselijke en sociale kapitaal van de samenleving onder druk. Bovendien legt die ongelijkheid een hypotheek op de maatschappelijke veerkracht – het vermogen van onze samenleving om (evenredig) klappen op te vangen – en onze welvaart. Zowel in economische zin als in termen van welbevinden en geluk.
Het rapport ‘Gezondheidsverschillen voorbij’ (2020) van de Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving (RVS) geeft een goed beeld van dit complexe maatschappelijke probleem.
We kunnen de gezondheid van bevolkingsgroepen versterken en zorgkosten terugdringen als er op alle niveaus (landelijk, regionaal en lokaal) geïnvesteerd wordt in de oorzaken van complexe ongelijkheid en gezondheidsverschillen.
Onze gemeenten hebben de doelstelling om gezondheidsverschillen te verkleinen omarmd en in het kader van IZA & GALA hun regionale en lokale aanpak bepaald (op hoofdlijnen).

Onze ambitie
De GGD zal de komende jaren gemeenten en andere partners ondersteunen bij de ambitie om gezondheidsverschillen te verkleinen. We onderzoeken de effectiviteit van de inzet zowel kwalitatief als kwantitatief, zodat de effectiviteit en social return on investment meetbaar worden. Dit doen we met onze provinciale kennispartners (andere GGD’en, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid en hogescholen) via een gezamenlijke onderzoeksagenda. We zijn kritisch op de ontbrekende data van die doelgroepen die we nu niet of nauwelijks bereiken met onze gezondheidsprogramma’s, zoals jongeren, expats en zorgmijders. Bijvoorbeeld vanwege taalbarrières, achterstand of een laag vertrouwen in de overheid. We gaan op zoek naar wegen waarlangs we deze doelgroepen kunnen bereiken en volgen. We richten ons hierbij ook het behouden van de vanzelfsprekende contacten die onze JGZ-professionals in de babytijd hebben met jonge ouders uit alle lagen van de bevolking. En dragen er zorg voor dat we juist de gezinnen met minder kansen niet uit het oog verliezen

## 3.3 Bevorderen van een gezonde leefstijl in een gezonde leefomgeving

Gezonde leefstijl

Het RIVM heeft berekend dat een vijfde van de ziektelast in Nederland is gerelateerd aan vermijdbaar ongezond gedrag en een ongezonde leefstijl. In 2021 hebben bijna alle gemeenten in Zuidoost Brabant een Lokaal Preventie Akkoord afgesloten. Daarin hebben zij minimaal 2 van de volgende leefstijlthema's opgenomen: roken, alcohol en/of gezond gewicht. In IZA & GALA komen deze thema's terug in de regionale en lokale ketenaanpakken.
De lokale aanpak bereikt de inwoner en is passend bij de lokale context, het lokale draagvlak en de lokale energie. Maar de leefwereld van een inwoner beperkt zich zelden tot de gemeente waar hij of zij woont. Werk, onderwijs, vrije tijd en sport, horeca, natuur, cultuur, gezondheidszorg, winkelen; dit alles speelt zich in een breder gebied af dan alleen in de eigen gemeente. Inwoners hebben dus, naast de lokale aanpak, baat bij regionale samenwerking op het vlak van gezondheidsbevordering en preventie. Daarom willen wij de impact van initiatieven voor de gezondheid van onze inwoners vergroten door, aanvullend op de lokale inspanningen, ook regionaal samen te werken op het gebied van een gezonde leefstijl.

Regionale leerkringen

Om een gezonde leefstijl in een gezonde leefomgeving te realiseren, zien we een meerwaarde in de implementatie van regionale leerkringen. Er zijn leerkringen die thematisch werken, bijvoorbeeld rondom roken, alcohol/drugs, overgewicht of eenzaamheid. Daarnaast zijn er leerkringen die procesmatig werken, bijvoorbeeld rond monitoren, bereiken van moeilijke groepen, inzetten van
E-health en innovaties, samenwerking met bedrijven, vergroten van maatschappelijk draagvlak en betrekken van de zorgverzekeraars.
Leerkringen hebben als doel: inspireren, leren van elkaar, nieuwe interventies introduceren, maatschappelijk effecten van interventies onderzoeken, samen naar externe financiering zoeken en meer bekendheid geven aan initiatieven.
Onze ambitie is om zowel aanjager als trekker van deze regionale leerkringen te zijn.

Een gezonde leefomgeving

Gezondheid en leefomgeving zijn onlosmakelijk aan elkaar verbonden. Ongeveer 5% van alle ziektelast in Nederland is toe te schrijven aan milieufactoren zoals lucht, geluid, chemische stoffen, enzovoorts. Zo heeft het RIVM berekend dat luchtverontreiniging 3,5% van de ziektelast in Nederland bepaalt. Zonder luchtverontreiniging is de levensverwachting gemiddeld 1 jaar langer. Door slechte luchtkwaliteit belanden in Nederland elk jaar 2.500 mensen in het ziekenhuis met harten vaatziekten. Ca. 25% van de volwassenen in onze regio ervaart ernstige geluidshinder.
De invloed van onze leefomgeving op onze gezondheid beperkt zich niet alleen tot negatieve gezondheidsaspecten als vervuilde lucht of geluidshinder. De leefomgeving beïnvloedt ook ons gedrag: een gezonde leefomgeving kan bewegen, ontmoeten en gezond eten bevorderen.
Naast het stimuleren van een gezonde leefomgeving, zijn vaak aanvullende campagnes noodzakelijk om het gezonde gedrag daadwerkelijk te bevorderen. Het meeste effect wordt bereikt wanneer interventies voor een gezonde leefomgeving en gezond gedrag hand in hand gaan en waarbij deze interventies gericht worden ingezet bij inwoners met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Wereldwijd hebben we een urgente uitdaging om duurzame keuzes te maken om een klimaatcrisis te voorkomen. We merken dat de maatregelen voor een gezonde leefomgeving vrijwel steeds in het verlengde liggen van klimaatadaptatiedoelen. Daarom pleiten wij voor integraal beleid voor onze leefomgeving vanuit meerdere beleidsdomeinen zoals milieu, groen, wonen, publieke gezondheid en sociaal domein. Zo benutten we met elkaar de meekoppelkansen tussen de beleidsterreinen en creëren we een win-winsituatie.

Onze ambitie
De ambitie van de GGD op het gebied van de gezonde leefomgeving reikt verder dan de Omgevingswet. Wij zien de gezonde leefomgeving als een randvoorwaarde en als een stimulans voor het maken van de gezonde keuzes. GGD Brabant-Zuidoost daagt gemeenten uit om de gezondheid van onze inwoners de prioriteit te geven die deze verdient, door aan te sluiten bij de huidige beweging van de Preventie Akkoorden.
We participeren in een stevig netwerk met gemeenten, Omgevingsdienst, Veiligheidsregio en MRE en adviseren gezamenlijk onze gemeenten en inwoners bij het maken van omgevingsvisies en omgevingsplannen en het afgeven van omgevingsvergunningen.

### 3.4 Bevorderen van een mentaal gezonde samenleving

Het Trimbos Instituut publiceerde in 2021 een studie onder de titel ‘Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving’. Dit rapport schetst een beeld van het belang van mentale gezondheid en de urgentie om dit thema op te pakken. Daarnaast bevat het bouwstenen voor de bevordering van mentale gezondheid. In het coalitieakkoord 2021-2025 is aangegeven dat het Rijk het Preventieakkoord gaat verbreden met het thema mentale weerbaarheid.
In Nederland ontwikkelen circa 4 op de 10 mensen gedurende hun leven dusdanige mentale problemen dat deze het functioneren aantasten of ontwrichten. De persoonlijke en maatschappelijke gevolgen daarvan zijn enorm en het beroep dat deze mensen doen op de gezondheidszorg is groot.
Onze maatschappij stelt steeds hogere eisen aan haar inwoners. Het tempo waarin dingen moeten gebeuren gaat omhoog en de lat wordt steeds hoger gelegd, zowel privé, op het werk als op school. Ook via sociale media wordt de druk opgevoerd. De samenleving is individualistischer geworden. Dat heeft ook een keerzijde: veel mensen hebben het gevoel tekort te schieten en denken dat dit hun eigen schuld is. Velen denken dat het leven maakbaar is en tegenslagen in het leven lijken er niet meer bij te mogen horen. Het leven moet perfect zijn, de realiteit is dat niet. De meeste mensen beschikken over voldoende veerkracht om goed om te gaan met de tegenslagen die het leven nu eenmaal met zich meebrengt. Maar er is een groep die er niet uitkomt zonder hulp. Deze groep lijkt de laatste jaren steeds groter te worden. Verschillende monitors tonen aan dat de coronacrisis een impact heeft gehad op de mentale gezondheid van bepaalde groepen. Met name de jongvolwassenen (18–25 jaar) hebben het moeilijk. In 2021 zijn in Nederland 15% meer suïcides geregistreerd onder jongvolwassenen tot 30 jaar ten opzichte van voorgaande jaren (cijfers Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie). Ook mantelzorgers hebben het extra zwaar.

Onze ambitie

Mentale gezondheid willen we langs diverse sporen bevorderen. Dat geldt zowel voor mensen die reeds kampen met psychische problematiek, als voor het behouden van mentale fitheid.

- De oorzaken van stress aanpakken (geen symptoombestrijding) Bijvoorbeeld: door stressoren in de samenleving (thuis, werk, school, sociale media) te verminderen, door te normaliseren, te de-medicaliseren en mentale veerkracht te versterken.
- Focussen op de meest kwetsbare groepen of waar de kans op ontwrichting of uitval groot is Bijvoorbeeld door het vergroten van de mentale draag- en veerkracht. Dit begint al tijdens de zwangerschap.
- Samenwerking met regionale partners op het vlak van mentale gezondheid. Bijvoorbeeld uitbreiding STORM.
- Stimuleren van fysieke leefomgevingsfactoren zoals een groene leefomgeving en ontspanningsplekken die een positieve invloed hebben op de mentale gezondheid.

### 3.5 Naar een sluitende aanpak in de openbare geestelijke gezondheidszorg

De laatste jaren groeit de aandacht voor mensen die zorgwekkend en/of onbegrepen gedrag vertonen of die zorg mijden. Steeds vaker krijgen politie en andere publieke dienstverleners te maken met mensen die zorgwekkend en/of onbegrepen gedrag vertonen en soms voor overlast zorgen in de openbare ruimte. Het gaat niet altijd om strafbare feiten, maar vaak is er wel sprake van een (onuitgesproken) zorgvraag. Een kleine groep mensen in Nederland heeft zo'n complexe problematiek dat intensieve aandacht nodig is van professionals op het gebied van zorg, welzijn, veiligheid en straf. Het betreft een relatief kleine groep inwoners die onvoldoende geholpen wordt op het snijvlak van zorg en veiligheid, maar die een grote impact op de directe omgeving kan hebben.

Het gaat om sociaal kwetsbare mensen met vaak verschillende aandoeningen/ beperkingen, veelal in combinatie met verschillende levensproblemen. Die de grip op hun leven (dreigen te) verliezen, soms overlast veroorzaken en/of zorg mijden.

Gemeenten en instanties bieden zo veel mogelijk ondersteuning. In veel gevallen lukt het om mensen op weg te helpen, om escalaties te voorkomen en weer perspectief te bieden. We zien ook dat het niet altijd zo werkt en dat de meest kwetsbare mensen op het snijvlak van zorg en veiligheid tussen wal en schip vallen. Niet altijd kunnen de hulp en ondersteuning geboden worden die zij nodig hebben.

Daarnaast is monitoring voor gemeenten op deze bijzondere doelgroep zeer lastig. Door onze meldfunctie (niet-acute zorgvragen en Wvggz) en door de succesvolle implementatie van de Wijk-GGD'er in meerdere gemeenten, krijgt de GGD steeds meer zicht op de vraagstukken binnen de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) in de regio. Het ontstaan van OGGZ-problematiek is niet alleen toe te schrijven aan de persoon die kampt met meervoudige problematiek. Meerdere factoren spelen een rol:

- Het zorglandschap laat een versnipperd beeld zien, veelal lokaal ingevuld, waarbij veel verschillende partijen betrokken zijn.
- De manier waarop de sociale omgeving op zorgwekkend en/of onbegrepen gedrag reageert.
- Politieke belangen en organisatiebelangen.

Soms wordt er te weinig gekeken naar het volledige plaatje, partners worden te laat of onvoldoende geïnformeerd en aangehaakt. Als bijvoorbeeld de hulpinstanties onderling weinig samenwerken of een te specialistische benadering hebben van de problematiek, dan leidt dat er soms toe dat de hulpverlening onvoldoende aansluit op de leefwereld en de hulpvraag van mensen met een brede en meervoudige ondersteuningsbehoefte. De ervaring leert dat in er de keten een grote storingsgevoeligheid is bij OGGZ-meldingen op het gebied van signaleren, aanmelden, opzoeken, inventariseren, doorverwijzen en het tot stand brengen en borgen van passende hulpverlening. De complexe problematiek past doorgaans niet binnen de geijkte kaders en de situatie is elke keer net weer anders. Dit maakt het complex om te komen tot werkbare, duurzame en betaalbare oplossingen met partners in het domein van zorg en veiligheid, die vaak tegengestelde belangen hebben. De juiste hulp vraagt om een samenhangende, domein overstijgende en regionale aanpak. Een aanpak die de continuïteit waarborgt en waar men niet ophoudt waar de eigen verantwoordelijkheid stopt. Met een zorgvuldige en creatieve werkwijze ingebed in een professioneel samenwerkingsverband waarbinnen verschillende partners samenwerken vanuit het perspectief van de inwoner.
Hierbij zijn de volgende zaken van belang:

- Een combinatie van inzet van veiligheidsmaatregelen, preventie en vroegsignalering.
- Zo snel mogelijk voldoende passende opvang, zorg en ondersteuning organiseren voor de betrokkenen zelf en diens omgeving.
- Een optimalisering van de ketenaanpak.
- Aandacht voor de betrokkenheid van de samenleving en de organisaties waarin zorg- en veiligheidspartners de krachten bundelen en samen optrekken.
- Nauw samenwerken en meer begrip voor elkaars positie en werkwijze.
- Creativiteit en buiten de lijntjes willen en durven kleuren, vastbijten en doen wat nodig is. Door zowel professionals als bestuurders en beleidsmakers.

Om tot een sluitende aanpak te komen, liggen er nog aandachtspunten voor het creëren van duurzame samenwerking over de grenzen van organisaties heen, privacy en gegevensdeling, signalering, toegankelijkheid, flexibiliteit, coördinatie en gebiedsgerichte betrokkenheid en elkaar aanvullende expertises.

Onze ambitie
Samen met onze partners wil GGD Brabant-Zuidoost een samenhangende OGGZ-aanpak ontwikkelen en uitvoeren.
GGD Brabant-Zuidoost heeft de volgende ambities:

- OGGZ explicieter agenderen en positioneren. Vanuit een vastgestelde regionale visie en de regionale samenwerking versterken in goede afstemming met lokaal beleid.
- Het team Bijzondere Zorg van de GGD verder ontwikkelen als vangnetfunctie voor kwetsbare inwoners die, op het snijvlak van zorg en veiligheid, tussen wal en schip vallen. In een stabiele organisatie voor gemeenten, ketenpartners en inwoners.
- Focussen op vroege signalering en preventie op het snijvlak van zorg en veiligheid. Hiervoor willen we een goed geïntegreerde OGGZ meld- en adviesfunctie inrichten voor niet-acute zorgvragen en de taken in het kader van de Wvggz. Hier kunnen zowel burgers als professionals hun zorgen uiten, waarna de GGD snelle en gecoördineerde actie onderneemt en monitoring kan plaatsvinden.

- Verdere uitrol van de wijk-GGD'ers, naar aanleiding van de positieve ervaringen in gemeenten waar deze reeds actief zijn.
- De interne samenwerking verder versterken tussen Bijzondere zorg, JGZ en Ambulancezorg, voor vroegsignalering en preventie.
- Duurzame en brede samenwerkingscoalities creëren met onder andere het Zorg- en Veiligheidshuis, Bemoeizorg, MO partners, GGzE, Politie en sociale wijkteams.
- Meer inzicht in de aard en omvang van de OGGZ-problematiek en de impact op de doelgroep, de mensen om hen heen en de samenleving (ontwikkelen van een OGGZ monitor). Hierdoor kunnen we trends signaleren en daar gezamenlijk proactief op inspelen.
- Samenhang en integraliteit creëren in uitvoering en beleid en gesprekspartner zijn van gemeenten ter ondersteuning van het lokale OGGZ- beleid. Een nog te ontwikkelen OGGZ-monitor kan hierbij helpen.
- Verder verkennen of extra voorzieningen mogelijk zijn, toegespitst op de specifieke behoeften van de doelgroep (bijvoorbeeld een time-out voorziening).

### 3.6 Versterken van ambulancezorg als onderdeel van de acute zorgketen

GGD Brabant-Zuidoost voert de regionale ambulancezorg uit. Zorgverzekeraars financieren de ambulancezorg volledig. De laatste jaren staat de ambulancezorg steeds meer onder druk door een aantal factoren die net als bij Publieke Gezondheid niet uniek zijn voor onze regio. Er vindt steeds meer interklinisch vervoer plaats en de omvang en complexiteit van de zorgvraag neemt door vergrijzing en de schaalsprong in onze regio toe. De toenemende arbeidsmarktkrapte speelt in de hele keten van de acute zorg. Onze regionale strategie is onderdeel van de landelijke strategie. Daarnaast blijven we ons inzetten voor de operationele prestaties in onze regio: het halen van de aanrijtijden en de paraatheidsnormen.

Betere spreiding van ambulanceposten
De huidige posten in Helmond en Eersel zijn niet toekomstbestendig. Verbouw of renovatie is niet haalbaar, daarom is gezocht naar nieuwe locaties. Uitgangspunt van het nieuwe plan: regionaal blijft de dekking minimaal gelijk en het liefst wordt deze verbeterd. Berekeningen tonen aan dat er diverse voorkeurslocaties in de regio waren om nieuwe ambulanceposten te plaatsen. Daarop zijn gesprekken gevoerd met de betrokken gemeenten en worden de volgende opties onderzocht: de huidige post aan de Lage Dijk in Helmond verhuist naar de Deltaweg in Helmond en de huidige post in Eersel verhuist naar een locatie in Hapert (Diamantweg). Het plan is om op beide locaties nieuwe posten te bouwen. Verder wordt de mogelijkheid onderzocht om de voorwaardenscheppende ambulancepost in Bladel te verplaatsen naar Bergeijk en is er de intentie voor een nieuwe post in Beek en Donk.

Integraal Zorgakkoord
In kader van het Integrale Zorg Akkoord (IZA) is medio 2023 in ROAZ-verband (Regionaal Overleg Acute Zorg) een Brabant-breed beeld vastgesteld van de acute zorgketen. Vanuit dit beeld zijn de volgende uitdagingen voor de toekomst geformuleerd (voor uitwerking: zie ROAZ-plan december 2023):

- Zelfzorg en voorlichting
- Advance care planning

- Monitoring en digitale zorg
- Organisatie in de dagzorg en sociaal domein
- Zorg coördinatie en uitgebreidere triage
- Optimalisatie aanbod

Opleiden in de keten

De komende jaren richten wij ons samen met de ziekenhuizen op het opleiden in de keten. Zoals het opzetten van loopbaanpaden voor verpleegkundigen die vrij vroeg in hun carrière al weten dan ze uiteindelijk naar de ambulancezorg willen. Zodoende blijft een verpleegkundige een aantal jaar voor het ziekenhuis behouden en kan dan op een vastgesteld moment overstappen naar de ambulance (en andersom). Daarnaast zijn er verbeterprojecten in opzet die nu óf niet van de grond komen óf worden uitgesteld doordat er geen personeel voor beschikbaar is. GGD Brabant Zuidoost geeft de komende jaren meer prioriteit aan verbeterprojecten die leiden tot een efficiëntere inzet van personeel binnen de organisatie of keten.

Communicatie

Het komt nog te vaak voor dat niet de juiste zorg op de juiste plek komt. Rijden we wel naar de juiste patiënt? Kunnen we de keten optimaliseren? Hoe gaan we om met patiënten die (te) vaak een beroep doen op 112? En met anderen die ons niet willen belasten en dat juist wel zouden moeten doen? Communicatie met en voorlichting aan burgers werken we dit jaar uit in een langetermijnstrategie.

Optimalisatie acute zorg aanbod

De afgelopen jaren is het aantal opnamestops bij spoedeisende hulpposten (SEH) toegenomen. Dit komt door een te hoge toestroom van patiënten naar de SEH en door een verminderde uitstroom van patiënten uit het ziekenhuis. Binnen de acute zorgketen in Zuidoost-Brabant willen we de toestroom van patiënten richting bijvoorbeeld de SEH verminderen. GGD Brabant-Zuidoost zet zich daarom in op differentiatie van vervoer/zorg. De ambulance zal uiteraard blijven bestaan in de huidige vorm, maar daarnaast zetten we ook in op ‘zorg op locatie’, waarbij geen vervoer meer nodig is naar het ziekenhuis. Hiervoor komen meer gespecialiseerde verpleegkundigen, zoals physician assistants of verpleegkundig specialisten, op de ambulance. Zij hebben meer bevoegdheden dan reguliere ambulanceverpleegkundigen om bepaalde handelingen in de thuissituatie uit te voeren. GGD Brabant-Zuidoost is gestart met een pilot en zal dit de komende jaren verder uitbreiden en implementeren binnen de regio.

Zorgcoördinatie

Hiermee bedoelen we dat alle ketenpartners binnen de regio werken vanuit 1 zorgloket binnen het verzorgingsgebied. Het gaat er hierbij om dat triagisten vanuit verschillende disciplines meer samenwerken. De inwoner met een zorgvraag kan bij dit loket terecht en het loket bepaalt uiteindelijk welke zorg nodig is. Zodoende krijgt de inwoner direct de zorg die hij of zij nodig heeft, zonder eerst (onnodig) de gang naar de Spoedeisende Hulp te maken. Landelijk zijn hierin de eerste stappen gezet. Binnen het verzorgingsgebied Brabant-Zuidoost zullen we de zorgcoördinatie met de regionale partners verder uitwerken.

Bij de Meldkamer Ambulancezorg wordt in 2024 een nieuwe methodiek voor urgentiebepaling ingevoerd. De huidige systematiek (spoedeisend/ niet spoedeisend) wordt vervangen door een meer gedifferentieerde urgentiebepaling met 3 categorieën: A. spoedeisend (A0/A1/A2), B. niet spoedeisend (B1/B2) en C. meldkamerzorg (C1/C2). De meldkamerzorg omvat de verwijzingen naar andere aanbieders van zorg of adviezen bij zelfzorg.

Technologische innovatie
GGD Brabant-Zuidoost zet zich de komende jaren in om naast een betrouwbare ook innovatieve partner te zijn binnen de acute keten in de regio. Daarom zetten we in op meer technologische innovatie en data-uitwisseling met ketenpartners. Enerzijds willen wij technologie gebruiken om efficiënter te werken en knelpunten in het proces te optimaliseren, zoals inzet van kunstmatige intelligentie bij de spreiding van ambulances en virtual reality voor meer comfort van patiënten of ondersteuning bij diagnose op afstand. Anderzijds kan de data-uitwisseling tussen ketenpartners worden geoptimaliseerd zodat iedere zorgverlener altijd over de juiste en meest betrouwbare informatie beschikt.

### 3.7 Ontwikkelingen in de Jeugdgezondheidszorg

Vanaf 1.1.2021 is de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0 tot 4-jarigen bij de GGD ondergebracht, zodat er sprake is van een doorlopende lijn JGZ voor 0 tot 18-jarigen. In samenwerking met de 21 gemeenten werken we aan een nieuw spreidingsplan voor de consultatiebureaus (momenteel zijn er ca. 50 consultatiebureaus verspreid over de regio). Hierbij willen we de consultatiebureaus transformeren naar lokale werk- en ontmoetingslocaties voor de JGZ 0–18 jaar. We denken hiermee efficiencywinst te kunnen behalen.
We werken vanuit een eigentijdse toekomstvisie op JGZ waarin ieder kind heeft het recht op te groeien in een veilige en stimulerende omgeving die het mogelijk maakt dat het kind zich optimaal ontwikkelt. Onze missie is het bevorderen van ontwikkelingskansen en het verkleinen van gezondheidsverschillen, zodat alle kinderen veilig en gezond kunnen opgroeien. Hierbij geven we extra aandacht aan gezinnen waarvoor dat niet vanzelfsprekend is.
Het nieuwe landelijk professioneel kader voor de JGZ dat per augustus 2022 in werking is getreden biedt meer ruimte aan professionals.
De JGZ staat voor grote maatschappelijke opgaven en ziet drie belangrijke uitdagingen die het noodzakelijk maken om de dienstverlening te herzien:

Veranderende behoeftes van onze klanten
JGZ is alleen effectief als het aanbod aansluit bij de behoefte van de ouders en jongeren. Veranderende behoeftes van gezinnen vragen om aanpassingen van onze dienstverlening en de wijze van aanbieden, zodat we blijven aansluiten bij gezinnen van nu. Doen we dat niet, dan verliezen we de vanzelfsprekendheid waarmee ouders met hun pasgeborene naar het consultatiebureau gaan en raken we ons hoge bereik kwijt.
Voor het optimaal inzetten van de expertise van de JGZ-professionals is samenwerking met zowel ouders en jongeren als met ketenpartners essentieel. Meer en meer rusten we ouders en jongeren toe om waar dat kan zelf regie hebben over de samenwerking met JGZ.

Krapte op de arbeidsmarkt
De krapte in de arbeidsmarkt, met name voor jeugdartsen, dwingt ons tot het maken van slimmere keuzes om zo toch alle gezinnen te kunnen blijven ondersteunen. Bijvoorbeeld meer gebruik maken van online en collectieve dienstverlening en door data gedreven werken.

Toename van het aantal en de complexiteit van de onderzoeken op indicatie
In bijna de hele regio zien we een toename van het aantal en de complexiteit van de onderzoeken op indicatie. De druk op en personeelstekorten bij de eerste en tweede lijns zorg en bij de kinderopvang maakt dat er vaker een beroep wordt gedaan op de JGZ. Tijdens de corona periode kinderen zijn er minder kinderen gezien. Nu zien we meer kinderen, signaleren we ook toegenomen problematiek wat vervolgens leidt tot meer doorverwijzingen. Er is een flinke toename van expats/nieuwkomers. Het merendeel van deze landen heeft geen preventief aanbod zoals in dat in Nederland is georganiseerd. Afgezien van de taalbarrières, vergt het enkel het primair in beeld krijgen en houden van deze kinderen en het vervolgens hierbinnen normaliseren, signaleren en verwijzen al veel maatwerk. Sommige kinderen staan op de wachtlijst voor hulp. Voor sommige vormen van hulp zijn lange wachttijden, waardoor de JGZ het welzijn van het kind blijft volgen en ondersteuning blijft bieden ter overbrugging.

De uitdagingen zoals hierboven geschetst betekenen dat we de JGZ grondig moeten herzien. Hiervoor is in 2023 een vernieuwingsprogramma gestart onder de naam Samen verder groeien.
Samen met verschillende andere organisaties en in co-creatie met onze klanten werken we een nieuwe dienstverlening uit die beter aansluit bij de behoefte van ouders en jongeren. Vanuit een basis waarbij iedereen toegang blijft houden tot de JGZ maar waarbij er ruimte is om kinderen die wat extra's nodig hebben dat ook te geven. Gemeenten (ambtenaren en wethouders) zijn bij het vernieuwingsprogramma betrokken.

Het Algemeen Bestuur van de GGD erkent het belang van bovenstaande vernieuwing van JGZ en de noodzaak om ruimte voor vernieuwing te maken en heeft in het besluit genomen om tot en met 2026 jaarlijks ca. €750.000,- uit het wendbaarheidsbudget van de GGD te bestemmen voor deze vernieuwing.

We streven met Generatie Gezond het volgende na:
- Nog meer dienstverlening op maat
- Naast (en deels in plaats van) persoonlijk direct contact meer online contact en collectieve dienstverlening
- Extra ruimte voor kwetsbare gezinnen
- Meer aanwezig zijn op scholen en in de kinderopvang
- Meer en betere inzet op beleidsadvisering, o.a. op basis van data-analyses
- Laagdrempelige bereikbaarheid voor samenwerkingspartners

## 3.8 Overige ontwikkelingen

Ontwikkelingen in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP)
We verwachten vanaf 2024 de volgende uitbreidingen in het RVP:

- Uitbreiding met een vaccinatie tegen het Rotavirus (de gezondheidsraad heeft dit geadviseerd, de regering moet hierover nog een besluit nemen).
- Uitbreiding met een jaarlijkse vaccinatie van 60-plussers en risicogroepen tegen Covid-19 door de GGD'en.
- De jaarlijkse vaccinatie van 60-plussers en risicogroepen tegen de griep. Tot nu toe voerden huisartsen dit uit, maar de ministers heeft het voornemen uitgesproken om de uitvoering bij de GGD'en te beleggen. Een landelijke haalbaarheidstoets liep nog bij het opstellen van deze Kadernota.
- De Maternale Kinkhoest-vaccinatie (de zgn. 22 weken prik bij zwangere vrouwen die al in 2020 is ingevoerd) zal vanaf 2024 via het gemeentefonds verlopen (decentralisatie van de financiering).

Indien m.b.t. bovengenoemde ontwikkelingen tijdig duidelijkheid is zullen we de financiële gevolgen ervan opnemen in de ontwerpbegroting 2025. Uitgangspunt is en blijft dat de GGD het RVP uitvoert binnen de budgettaire kaders. Verder mogen gemeenten ervan uitgaan dat de GGD het RVP laagdrempelig en dichtbij uitvoert volgens de landelijke richtlijnen en kwaliteitsstandaarden.

Kansrijke Start
Landelijk is het actieprogramma Kansrijke Start in gang gezet en de komende jaren loopt dat door binnen het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). De ambitie van deze vervolgaanpak is dat in elke gemeente structureel een lokale Kansrijke Start-aanpak komt, zodat (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie tijdens de eerste 1000 dagen van een kind tijdig de juiste zorg en ondersteuning ontvangen, aansluitend op hun hulpbehoefte. In diverse gemeenten in onze regio loopt Kansrijke start al. De GGD is actief betrokken bij het programma Kansrijke start en ondersteunt gemeenten bij de verdere implementatie.

Nu Niet Zwanger
Het eerder landelijk in gang gezette programma Nu Niet Zwanger krijgt de komende jaren zijn vervolg. Nu Niet Zwanger (NNZ) maakt de kinderwens bespreekbaar bij kwetsbare vrouwen én mannen met een opeenstapeling van complexe problemen en beperkingen. NNZ ondersteunt hen bij het nemen van de regie over hun kinderwens. En NNZ ondersteunt bij het realiseren van adequate anticonceptie als er geen kinderwens is. Doel is het voorkómen van onbedoelde zwangerschappen bij vrouwen en mannen die op dat moment geen kinderwens hebben maar die door hun vele complexe problemen niet in staat zijn adequate anticonceptie te regelen en te gebruiken. In 2020 is in Helmond gestart met een pilot en deze is positief geëvalueerd. Inmiddels is besloten dit programma binnen onze regio uit te rollen. In 2023 haakten de meeste gemeenten aan en in 2024 volgen de overige gemeenten. De GGD levert de projectleider en inhoudelijke coördinatoren. Het opleiden en begeleiden van aandacht functionarissen bij diverse organisaties (onderwijs, jeugdzorg, jongerenwerk enz.) is een belangrijk onderdeel van het programma.
In 2025 wordt NNZ zwanger geëvalueerd en wordt overwogen om dit op te nemen in het basispakket van de GGD (NNZ vindt nu op contractbasis plaats).

Zorgakkoorden en een regionale preventie infrastructuur

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond & Actief Leven Akkoord (GALA) maken gemeenten en verschillende partijen afspraken over te bereiken gezondheidsdoelen voor de komende jaren. Om de gezondheidszorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden zal zwaarder op preventie ingezet moeten worden. Beide akkoorden hangen nauw met elkaar samen en passen in een beweging van “zorg bij ziekte” en naar “zorg voor gezondheid"' die door veel gemeenten al is ingezet. De ambities en thema's die in GALA en IZA centraal staan, komen sterk overeen met de ambities in het MJB-plan van de GGD. Met instemming van het Algemeen Bestuur van de GGD is dan ook besloten om de thema's en ambities van het MJB-plan op te nemen in de regionale en lokale plannen in het kader van GALA en IZA. De GGD zal als kernpartner van onze gemeenten een rol spelen bij het ontwikkelen van een regionale preventie infrastructuur en kennisinfrastructuur op het terrein van de publieke gezondheid en bij de regionale ontwikkeling en lokale implementatie van de ketenaanpakken op het terrein van gezonde leefstijl en preventie.
Ook ondersteunt de GGD onze gemeenten en andere ketenpartners bij het leren en ontwikkelen (leerkringen, delen van best practices, evalueren van interventies ed.) en leveren we gezondheidsdata op maat zodat goede keuzes gemaakt kunnen worden en waar nodig programma's bijgestuurd kunnen worden.

Forensische geneeskunde

In Nederland is er een tekort aan forensische artsen. Ook de GGD BZO heeft hiermee te kampen. Dat heeft er mede toe geleid dat een deel van het werk (met name de arrestantenzorg en enkele forensisch-medische onderzoeken ten behoeve van de politie) is overgenomen door forensisch verpleegkundigen. Dit laat onverlet dat er extra forensische artsen moeten worden opgeleid om aan de huidige en toekomstige behoeften te kunnen voldoen. Het Rijk extra middelen beschikbaar gesteld voor de versterking van de positie van forensische geneeskunde waaronder de opleiding van nieuwe artsen en bijscholing van zittende medewerkers.
Forensische artsen worden ingezet ten behoeve van lijkschouwingen en euthanasie (gefinancierd door gemeenten) en artsen en verpleegkundigen ten behoeve van arrestantenzorg en forensisch medisch onderzoek (bloedonderzoek, DNA-afname, ed). We zien de laatste jaren een toename in het aantal lijkschouwingen en euthanasieverklaringen.
Op het terrein van forensische geneeskunde werkt de GGD BZO intensief samen met de GGD Hart voor Brabant. In de praktijk is er sprake van 1 gezamenlijk forensische team, 1 werkwijze, 1 contract met de politie, 1 registratiesysteem ed.  Vanaf 1 januari 2024 wordt de centrumfunctie belegd bij de GGDBZO zodat deze GGD het werkgeverschap heeft voor het forensisch team en de afspraken met de politie en de financiële stromen lopen via de centrum GGD. De politie is in het najaar 2023 gestart met de aanbesteding van de medische arrestantenzorg. De GGD heeft het voornemen om hierop in te tekenen, maar mocht dit werk ons niet gegund worden dan verliezen we een groot deel van onze inkomsten, zal overcapaciteit afgebouwd moeten worden en zullen bepaalde kosten volledig ten laste komen van gemeenten (denk aan piketkosten en kosten voor bijscholing of de kosten van het registratiesysteem; deze kosten worden nu naar rato verdeeld over politie en gemeenten).

Seksuele gezondheid

De (toenmalige) minister en staatssecretaris van VWS hebben op 5 oktober 2022 hun beleidsvisie op seksuele gezondheid in de Tweede Kamer gepresenteerd (zie brief aan de Tweede Kamer). Daarin stellen zij dat gemeenten een belangrijke verantwoordelijkheid voor dit thema dragen. Het betreft dan met name de inzet op collectieve preventie gericht op de algehele bevolking of specifieke groepen die zich in een kwetsbare positie bevinden. VWS pleit voor een integraal beleid op het thema seksuele gezondheid en roept gemeenten en GGD'en op dit te doen door eigen beleid te vormen vanuit een integrale visie. De GGD wil deze handschoen samen met onze gemeenten oppakken.
Een onderdeel van de seksuele gezondheid is het voorkomen van verspreiding van SOA's.
Hiervoor ontvangt de GGD financiële middelen vanuit de Rijksregeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG).
Er loopt momenteel landelijk een verkenning naar de positie van deze regeling waarbij wordt gekeken of deze regeling nog passend is bij de uitdagingen van deze tijd. De uitkomst van deze verkenning wordt begin 2024 verwacht. Tevens wordt seksuele gezondheid verankerd in de Wet Publieke Gezondheid.
Het is de wens van de GGD om de zelftesten waarmee SOA's opgespoord kunnen worden te continueren (deze worden nu tijdelijk tot medio 2024 extra gefinancierd door de gemeente Eindhoven). Daarnaast wil de GGD de collectieve preventie en het outreachende werken gericht op specifieke groepen (lage SES, sekswerkers, expats, vluchtelingen) mogelijk maken. Hiervoor is binnen de huidige ASG-regeling geen ruimte en deze doelgroepen bereiken we met het huidige aanbod (spreekuren) te weinig. Een voorstel zal in 2024 aan het GGD-bestuur worden voorgelegd.

Toezicht op de kwaliteit van voorschoolse educatie

De minister van primair en voortgezet onderwijs heeft in de brief aan de Tweede Kamer (23 oktober 2023) aangegeven dat zij het toezicht op de kwaliteit van de voorschoolse educatie (VE) bij 1 partij wil beleggen zodat locaties door 1 toezichthouder bezocht worden. Haar voorkeur gaat uit naar de GGD. De GGD voert nu al een deel van dat toezicht uit zoals groepsgrootte, pedagogisch beleidsplan en opleidingsniveau van pedagogisch medewerkers. Mocht het plan van de minister doorgaan betekent dit een uitbreiding van werkzaamheden van de GGD (ook toezicht op de educatieve kwaliteit). Het signaal gestuurde toezicht door de landelijke inspectie komt dan te vervallen.
Landelijk wordt dit scenario nu landelijk uitgewerkt. Het streven is om het scenario per 1 januari 2026 te realiseren.

Informatieveiligheid en verbetering van het archiefbeheer.

De maatschappij en wetgeving stelt steeds hogere eisen aan informatieveiligheid. De GGD moet bij de ambulancezorg kunnen voldoen aan de NEN 7510 norm. Onze inzet is om hieraan in 2024 GGD-breed te voldoen (ook bij Publieke Gezondheid). Elke GGD-klant mag ervan uitgaan dat zijn/haar gegevens bij de GGD in veilige handen zijn. De kans op datalekken is toegenomen (cybercrime). De GGD heeft hiermee bij de Coronabestrijding te maken gehad en heeft haar niveau van informatieveiligheid opgehoogd, maar is nog niet op het gewenste niveau. In 2023 zijn goede stappen voorwaarts gezet en hebben gemeenten de GGD gefaciliteerd met extra middelen hiervoor. Drie cruciale sleutelfuncties m.b.t. informatieveiligheid en privacy t.w. de Functionaris Gegevensbescherming (inhuur), de Privacy Officer en de Security Officer zijn inmiddels ingevuld.
De provincie heeft als toezichthouder op het archiefbeheer door gemeenschappelijke regelingen het huidige niveau van archiefbeheer bij de GGD als onvoldoende gekwalificeerd en een verbeterplan geëist. Het verbeterplan is door het GGD-bestuur vastgesteld en met de provincie gedeeld en wordt ook de komende jaren uitgevoerd. De formatie en het budget voor het archiefbeheer zijn inmiddels op het vereiste niveau gebracht.

# 4. Financieel meerjarenperspectief

## 4.1 Inleiding

De wettelijke en overige gezamenlijke taken die de GGD in opdracht van de gemeenten uitvoert worden hoofdzakelijk gefinancierd op basis van een bijdrage per inwoner. De taak JGZ 0-4 (uitgevoerd door de GGD met ingang van 2021) wordt gefinancierd op basis van een bedrag per kind. Naast deze taken voert de GGD ook contracttaken voor de individuele gemeenten uit. Deze taken liggen altijd in het verlengde van de wettelijke taken. Daarnaast worden ook nog contracttaken uitgevoerd voor derden, zoals andere overheden, instellingen, zorgverzekeraars, bedrijven of particulieren. Contracttaken worden verricht tegen een kostprijs-dekkend tarief.
De GGD onderscheidt binnen haar exploitatie, naast de overhead, 2 programma's: Publieke Gezondheid (PG) en Ambulancezorg (AZ). Beide programma's kennen een volledig gescheiden financiering, verantwoording en dito kaders. Gezamenlijke overhead wordt over beiden verdeeld.

## 4.2 Algemene kostenontwikkeling

Omdat de GGD een door gemeenten opgerichte gemeenschappelijke regeling is, is ook integraal de gemeentelijke CAO van toepassing. Met ingang van 2020 heeft de GGD zich aangesloten bij de CAO SGO (Samenwerkende Gemeentelijke Organisaties), die CAO is inhoudelijk zoveel mogelijk identiek aan de CAO voor gemeenten. Hiermee staan dan de kaders voor de ontwikkeling van de personele kosten (ca. 75% van het totaal) vast. Eind 2023 is het onderhandelingsakkoord bekend geworden van de nieuwe CAO per 1-1-2024 die ruimer uitvalt dan in de oorspronkelijke begroting van 2024 is voorzien.
Investeringen (en daarmee de kapitaallasten) hebben een redelijk constant ritme en leiden niet tot grote verschuivingen in de jaarlijkse exploitatiekosten. Voor de overige materiële kosten wordt in de begroting in het algemeen de indexering gehanteerd zoals ook bij de berekening van de gemeentelijke bijdrage wordt toegepast. Een aanpassing van de index zal in 2024 middels een voorstel begrotingswijziging 2024 aan het GGD-bestuur en onze gemeenten worden voorgelegd. Voor 2025 gaan we vooralsnog uit van de CPB-prognoses.

## 4.3 Programma Ambulancezorg (AZ)

Ambulancezorg wordt nagenoeg volledig gefinancierd uit de premie-middelen via zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft ten aanzien van die financiering een toetsende en toezichthoudende rol. AZ kent een eigen CAO die door de koepelorganisatie Ambulancezorg Nederland (AZN) met de bonden wordt overeengekomen. De indexering van de budgetvergoeding komt over het algemeen overeen met de salariskostenontwikkeling.
Jaarlijks wordt over de hoogte van het budget met zorgverzekeraars onderhandeld, hetgeen in een constructieve sfeer plaatsvindt. Bij een aanzienlijke mutatie in het aantal ritten wijzigt dit budget; er is al jaren sprake van een stijging.

Naast de directe personele kosten (ca. 65% van de totale kosten) brengt de Functioneel Levensloop Ontslag (FLO)-regeling een aanzienlijk bedrag aan personele kosten (momenteel ca. € 1,0 miljoen) met zich mee. Het ministerie van VWS vergoedt middels een subsidieregeling 95% van deze kosten. Omvangrijke materiële kostencomponenten betreffen autokosten, huisvesting, medische verbruiksartikelen en ICT- en verbindingsvoorzieningen.
Uitvoering van het spreidingsplan en de daarin opgenomen realisatie van nieuwe posten in 2024 e.v. zal gaan leiden tot hogere toekomstige huisvestingskosten. Deze hogere kosten zullen in de financiering van de budgetten door zorgverzekeraars worden opgenomen.
Zoals in paragraaf 3.6 reeds aangegeven verloopt de uitbreiding van de formatie bij Ambulance-zorg nog steeds moeizaam als gevolg van de arbeidsmarktkrapte. We zien echter ook mogelijk-heden die een positieve bijdrage leveren aan onze paraatheid door het frequenter en langer inzetten van de zorgambulance en betere triage, zodat ook zonder uitbreiding van mensen we efficiënter kunnen werken. Hierover vindt nadrukkelijk frequent afstemming met zorgverzekeraars plaats, die daarvoor dan ook de financiering ter beschikking stellen.

### 4.4 Programma Publieke Gezondheid (PG)

Gemeentelijke bijdrage voor het gezamenlijke takenpakket
Op voorstel van de 'werkgroep 4GR' (bestaande uit de concerncontroller van Eindhoven, een gemeentesecretaris en de controllers van de vier gemeenschappelijke regelingen) is de wijze van indexering voor de 4 GR'en met ingang van de begroting 2018 gelijkgetrokken. Voortaan wordt de Macro Economisch Verkenning van het Centraal Plan Bureau in september gehanteerd.

Voor 2025 resulteert de indexeringsmethodiek voor de GGD in de volgende index-berekening:
Loon 75% * 6,7% = 5,025%
Prijs 25% * 3,5% = 0,875%
Totaal index 2025:  5,90 %

Aanpassing financiering van het Rijksvaccinatieprogramma ivm Maternale Kinkhoest.
Met ingang van 2024 treedt weer een wijziging op in de financiering van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP); de vergoeding voor de Maternale Kinkhoest vaccinatie verloopt dan via het gemeentefonds in plaats van via het RIVM. Hiervoor moet de inwonerbijdrage 2024 nog aangepast worden; een begrotingswijziging met zienswijze-procedure zal daartoe nog voorgelegd gaan worden. Op basis van de bedragen die elke gemeente hiervoor in het gemeentefonds toegekend heeft gekregen is dit bedrag nu berekend op € 0,248 per inwoner. Dit bedrag zal vooralsnog meegenomen worden in de concept-begroting 2025. Mocht het definitieve besluit over die begrotingswijziging leiden tot een aanpassing van de berekende bijdrage dan zal dat uiteraard nog in de definitieve begroting 2025 worden verwerkt.

Indicatie inwonersbijdrage 2025 – 2028

Op basis van hiervoor genoemde uitgangspunten zal de gemeentelijke bijdrage voor de komende 4 jaren zich naar verwachting als volgt ontwikkelen:

| ***Overzicht indicatieve ontwikkeling gemeentelijke bijdragen basistaken 2025-2028*** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** |
| #inwoners (aanname + 0,4%/jaar) * | *806.459* | *809.685* | *812.924* | *816.175* |
| gemeent. bijdr. p/inwoner progr begr '24 | € 21,007 | | | |
| aanpassing index '24 ivm hoge inflatie ** | pm | | | |
| maternale kinkhoest in RVP per 1-1-2024*** | € 0,248 | | | |
| index (aanname 2026 e.v. 2%/jaar) | € 1,254 | € 0,450 | € 0,459 | € 0,468 |
| ***bedrag per inwoner gez. taken*** | ***€ 22,509*** | ***€ 22,959*** | ***€ 23,418*** | ***€ 23,887*** |
| gem bijdr pubercontactmoment prog begr '24 | € 792.132 | | | |
| aanpassing index '24 ivm hoge inflatie ** | pm | | | |
| index (aanname 2026 e.v. 2%/jaar) | € 46.736 | € 16.777 | € 17.113 | € 17.455 |
| ***gemeent. bijdr. Pubercontactmoment ****** | ***€ 838.868*** | ***€ 855.645*** | ***€ 872.758*** | ***€ 890.213*** |
| Bijdr JGZ 0 -4 per kind progr begr '24 | € 477,80 | | | |
| aanpassing index '24 ivm hoge inflatie ** | pm | | | |
| index (aanname 2026 e.v. 2%/jaar) | € 28,19 | € 10,12 | € 10,32 | € 10,53 |
| ***gemeent. bijdr. JGZ 0 -4 per kind*** | ***€ 505,99*** | ***€ 516,11*** | ***€ 526,43*** | ***€ 536,96*** |

* bij het opstellen van de begroting 2025 zal het dan bekende #inwoners per 1-1-2024 worden gehanteerd

** Vanwege de huidige extreme inflatie en verwachte loonkostenstijging in 2024 wordt mogelijk nog een noodzakelijke aanpassing van de index voor 2024 relevant; de omvang daarvan is echter op dit moment nog niet in te schatten. Het eventuele besluit hierover zal nog worden verwerkt in de definitieve begroting 2025. (deze werkt dan ook door in de berekende index 2025 e.v.). Het is overigens ook niet uit te sluiten dat de berekende index over 2025 te zijner tijd weer te hoog blijkt te zijn; alsdan zal uiteraard een correctie naar beneden aan de orde zijn.

*** met ingang van 2024 treedt weer een wijziging op in de financiering van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP); de vergoeding voor de Maternale Kinkhoest vaccinatie verloopt dan via het gemeentefonds, in plaats van via het RIVM. Hiervoor moet de inwonerbijdrage 2024 nog aangepast worden, waarvoor dan nog een begrotingswijziging met zienswijze-procedure voorgelegd zal worden. Het hier berekende bedrag is het bedrag dat gemeenten hiervoor gemiddeld toegevoegd hebben gekregen in het gemeentefonds. mocht het definitieve besluit over die begrotingswijziging leiden tot een aanpassing van de berekende bijdrage dan zal dat uiteraard nog in de definitieve begroting 2025 worden verwerkt.

**** het pubercontactmoment wordt niet middels een bedrag per inwoner gefinancieerd maar obv van de verdeelsleutel die het ministerie van VWS hanteerde bij de verdeling in het gemeentefonds

In bijlage 2 wordt de geraamde berekening per gemeente weergegeven, uitgaande van een gelijke stijging van het inwoneraantal per gemeente.

Potentiële ontwikkelingen

Zoals in hoofdstuk 3 aangegeven zijn er voor de komende jaren ontwikkelingen te verwachten die van invloed kunnen zijn op de inwonerbijdrage, maar waarvan de definitieve gegevens nu nog ontbreken. Dit betreft voor zover nu bekend:

- De decentralisatie van de vergoeding voor seksuele gezondheid. Landelijk wordt het budget vanaf 2023 opgehoogd. Eerder was aangegeven dat dit budget gedecentraliseerd zou worden, vooralsnog is niet bekend per wanneer. Seksuele gezondheid wordt opgenomen in de wet Publieke Gezondheid.
- De verdere uitbreiding van het Rijksvaccinatieprogramma met de vaccinatie tegen het Rotavirus (vanaf 2024).
- De jaarlijkse vaccinatie van 60-plussers en risicogroepen tegen de griep (waarschijnlijk taak GGD vanaf 2025).
- De uitbreiding van infectieziektebestrijding/pandemische paraatheid GGD'en (zie paragraaf 3.1 m.b.t. pandemische paraatheid).

Zodra hierover meer bekend is zal de GGD een begrotingswijziging met aanpassing van de inwonerbijdrage voor een zienswijze aan gemeenten voorleggen op basis van een realistische kostenraming.

Contracttaken gemeenten

Naast het gezamenlijke takenpakket voert de GGD-contracttaken voor de gemeenten uit; op dit moment voor in totaal ca. € 6,5 miljoen, waarvan ca. € 1,9 miljoen voor aanvullende taken JGZ, ca. € 1,6 miljoen voor Toezicht Kinderopvang en ca. € 1,4 miljoen voor Bijzondere Zorg.

Deze taken liggen in het verlengde van de wettelijke taken. De uitvoering van deze taken wordt met de individuele gemeenten afzonderlijk contractueel vastgelegd.

We verwachten dat onze gemeenten extra inzet van de GGD gaan vragen bij de omgevingswet (adviesaanvragen bij omgevingsvisies, -plannen en vergunningen), de Wet verplichte GGZ (regionaal meldpunt niet-acute zorg, Wijk GGD'ers), implementatie van de preventie akkoorden (IZA en GALA) en het opbouwen van een regionale preventie infrastructuur en daarbij inbesteding verkiezen boven uitbesteding.

Het effect hiervan op de omzet in contracttaken laat zich momenteel moeilijk inschatten. In de begroting 2025 zal een voorzichtige raming hiervan worden opgenomen.

Overige bijdragen gemeenten

Naast de gezamenlijke bijdrage per inwoner en de contracttaken betalen gemeenten in onze regio ook nog algemene bijdragen, veelal ter dekking van uit historisch perspectief veroorzaakte kosten en/of afbouw van dergelijke algemene kosten.

Deze niet direct aan de uitvoerende taken gerelateerde kosten zijn inmiddels maximaal beperkt en de bijdragen daarvoor zijn daarom ook steeds verder teruggelopen. Er resteert alleen nog de structurele genormeerde bijdrage van Helmond en Eindhoven voor het gebruik van JGZ-onderzoeklocaties in de beide hoofdgebouwen en de fusie-bijdrage van Eindhoven voor de uitloopschalen; dit laatste betreft een langjarige verplichting die wel geleidelijk afneemt.

Contracttaken derden

Naast de diverse bijdragen en vergoedingen van gemeenten ontvangt de GGD ook van derden bijdragen en vergoedingen voor dienstverlening, in totaal op dit moment (2023) ruim € 8,0 miljoen (exclusief vergoedingen voor Covid-19 activiteiten).

De in omvang belangrijkste structurele taken hierin zijn (reizigers-)vaccinaties (ca. € 1,2 miljoen hoofdzakelijk particulieren), bijdragen Rijk voor SOA-bestrijding (ca. € 1,1 miljoen), Forensische diensten politie (ca. € 0,9 miljoen), RIVM-vergoedingen JGZ 0-4 (ca. € 0,5 miljoen) en Publieke Gezondheid Asielzoekers (ca. € 0,4 miljoen; met op dit moment nog onzekerheid over de voortzetting hiervan in 2024 e.v.).

Naast deze meer structurele bijdragen en vergoedingen zijn er ook ontvangsten waarvan de duur nog niet (definitief) is vastgesteld zoals vergoedingen uit hoofde van het rijk voor pandemische paraatheid/versterking infectieziektenbestrijding (ca. € 0,7 miljoen SPUK), subsidies m.b.t. opleidingen JGZ (ca. € 0,4 miljoen) en versterking forensische medische expertise (ca. € 0,3 miljoen) en incidentele vergoedingen zoals voornamelijk die van het RIVM inzake RVP (inhaal) vaccinatie campagnes (ca. € 1,5 miljoen m.b.t. extra (HPV) vaccinatie campagnes, momenteel niet voorzien voor 2024 en 2025).

Deze taken worden in principe uitgevoerd tegen kostprijs en leveren zo, gezien de omvang, een belangrijke bijdrage aan de dekking van de overhead; waardoor ook een kwalitatief betere ondersteuning van de organisatie als geheel kan worden gerealiseerd. Maar dit betekent anderzijds natuurlijk ook een potentieel financieel risico in het geval dat deze inkomsten substantieel terug zouden lopen.

De landelijke politie is in najaar 2023 gestart met de aanbesteding van medische arrestantenzorg. Dit brengt een financieel risico met zich mee indien deze dienst niet aan de GGD gegund wordt.

Of de eerder verwachte omzettoename voor met name reizigerszorg, zoals ook is opgenomen in de uitwerking van de bestuursopdracht, in 2024 gerealiseerd kan gaan worden is nu vanwege het veranderende reisgedrag nog onzeker. In 2023 bevinden zich de opbrengsten van reizigers-vaccinaties nog onder het niveau van 2019 (ca. € 1,4 miljoen) maar verder herstel wordt in de komende jaren wel verwacht.

## 4.5 Weerstandsvermogen en risico's

In het najaar van 2017 heeft het Algemeen Bestuur ingestemd met de beleidsnotitie Kaders P&C-documenten 4GR, deel 2. Hierin zijn o.a. kaders vastgesteld voor de hoogte van de Algemene Reserve, zijnde het weerstandsvermogen van de organisatie. Eerder heeft het bestuur besloten dat, gegeven de financieringsstructuur, voor de beide programma's Publieke Gezondheid en Ambulancezorg afzonderlijke algemene reserves worden aangehouden.

In de beleidsnotitie 4GR wordt voor beide programma's een kader stellende bandbreedte vastgesteld die gerelateerd is aan de omzet. Het wordt daarbij echter aan het Algemeen Bestuur van de Verbonden Partij overgelaten of die bandbreedte volledig wordt ingevuld, aangezien dit organisatie-specifiek is.

Volgens de staffel uit de 4GR-notitie is bij een geraamde omzetgroei van PG in 2023/2024 tot boven de € 40 miljoen (tot een plafond van € 60 miljoen) voor de Algemene Reserve PG een minimum van € 2,0 miljoen (was € 1,5 miljoen) en een maximum van € 2,4 miljoen (was € 2,0 miljoen) van toepassing.

De Algemene Reserve PG bedraagt einde 2023 naar verwachting ca. € 1,7 miljoen, wat bij een verwacht blijvend PG-omzetniveau van boven de € 40 miljoen zou betekenen dat in 2024 e.v. de reserves met ca. € 0,3 miljoen dienen te worden aangevuld om aan de gestelde criteria te kunnen voldoen. De GGD verwacht dit te kunnen realiseren uit toekomstige positieve exploitatieresultaten.

De Algemene Reserve AZ bedraagt einde 2023 naar verwachting ca. € 1,6 miljoen. Volgens de staffel uit de 4GR-notitie is bij een (verwachte) groei van de omzet in 2023/2024 boven de 30 miljoen respectievelijk € 1.5 miljoen als minimum en € 2,0 miljoen als maximum van toepassing.

Om risico's te beheersen wordt momenteel door de GGD BZO actief risicomanagement ontwikkeld. Bij de voortgangs-verantwoordingen kan hierdoor nadrukkelijker stil worden gestaan bij de ontwikkeling en ontstaan van relevante risico's, en welke maatregelen genomen moeten worden om deze risico's te beperken. Daarnaast is het risicomanagement een belangrijk element in het HKZ-certificeringsschema.
Bij de aanbieding van de concept-programmabegroting wordt aan het AB jaarlijks ook een actuele financiële risico-inventarisatie voorgelegd.

# Bijlage 1 Kerntaken GGD

| Pijler/taak | Wettelijke taak? | Verplicht bij GGD beleggen? | Gemeenschappelijke taak? | Wettelijke basis |
|---|---|---|---|---|
| **Monitoren, signaleren en adviseren** | | | | |
| - Procesbegeleiding bij en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid. | N | N | J (maatwerk per gemeente) | - |
| - Gezondheid monitors | | | J | |
| - Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning | J | J | J (deelrapport per gemeente) | Wet PG |
| | J | J | J (deels op contractbasis) | Wet PG |
| - Maatwerkonderzoek | | | J | - |
| - Preventieprogramma's | N | N | | Wet PG |
| | J | J | | |
| **Uitvoerende taken gezondheidsbescherming** | | | | |
| - Algemene infectieziekten bestrijding | J | J | J | Wet PG |
| - TBC-bestrijding | J | J | J | Wet PG |
| - Seksuele gezondheid en SOA bestrijding | J | J | J | Wet PG, Rijksfinanciering (ASG regeling) |
| - Medisch-milieukundige zorg | J | J | J | Wet PG |
| - Technische Hygiënezorg | J | J | J (deels maatwerk) | Wet PG |
| - Reizigerszorg | N | N | N | - |
| - Rijksvaccinatieprogramma | J | J | J | Wet PG, deel Rijksfinanciering (nieuwe vaccins) |
| **Publieke gezondheid bij rampen en crises** | | | | |
| - GGD Crisisteam en GGD crisisplan | J | J | J | Wet Toelating zorginstellingen |
| | J | N | J | Wet op de Veiligheidsregio's |
| - Het leveren van sleutelfunctionarissen voor GHOR-functies | | | | Wet PG |
| - Psychosociale hulpverlening bij ingrijpende gebeurtenissen | J | J | J | |

| Pijler/taak | Wettelijke taak? | Verplicht bij GGD beleggen? | Gemeenschappelijke taak? | Wettelijke basis |
|---|---|---|---|---|
| **Toezicht houden** | | | | |
| - Toezicht op Kinderopvang & peuterspeelzalen | J | J | N | Wet kinderopvang, contract met gemeenten |
| - Toezicht op tattoo- & piercingshops | J | N | N | Voeding- en Warenwet |
| - Toezicht op evenementen | J | N | J | Wet PG |
| **Jeugdgezondheidszorg 0-18 jaar** | | | | |
| - Basistaken | J | N | J | Wet PG |
| - Maatwerktaken (op contractbasis) zoals: | N | N | N | Contracten met of subsidies van gemeenten |
| Nu niet zwanger | | | | |
| Storm (weerbaarheid jongeren) | | | | |
| Indiceren/toeleiden Voorschoolse Educatie | | | | |
| Indiceren leerlingenvervoer | | | | |
| Ziekteverzuimbegeleiding op scholen | | | | |
| Extra contactmomenten op maat | | | | |
| **Ambulancezorg** | | | | |
| - Spoedvervoer | J | N | N | Wet Ambulancevoorzieningen |
| - Besteld vervoer | J | N | N | |
| **Aanvullende taken publieke gezondheid** | | | | |
| - Lijkschouwingen | J | N | J | Wet Lijkbezorging |
| - Afgeven van euthanasieverklaringen | J | N | J | Euthanasiewet |
| - Forensische diensten | N | N | N | Contract met politie |
| - Publieke Gezondheid asielzoekers | N | N | N | Contract met COA |
| - Uitvoeren taken WVGGZ (meldpunt, verkennende onderzoeken, aanvragen zorgmachtigingen) | J<br>N | N<br>N | N<br>N | Contract met gemeenten |
| - Wijk GGD'er | | | | Contract met gemeenten |

# Bijlage 2 Indicatieve ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijk takenpakket

| | #inwoners | #inwoners | #inwoners | #inwoners | PCM | bijdrage 0-4 | # kinderen 0-4 *) | 2025 | | | | 2026 | | | | 2027 | | | | 2028 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gemeente | 1-1-2024 | 1-1-2025 | 1-1-2026 | 1-1-2027 | 2024 | 2024 | 1-1-2023 | € 22,509 | pcm | 0-4 * | totaal | € 22,959 | pcm | 0-4 * | totaal | € 23,418 | pcm | 0-4 * | totaal | € 23,887 | pcm | 0-4 * | totaal |
| Asten | 17.322 | 17.391 | 17.461 | 17.531 | 16.558 | 314.393 | 658 | 389.902 | 17.535 | 332.942 | 740.379 | 399.291 | 17.886 | 339.601 | 756.777 | 408.906 | 18.243 | 346.393 | 773.542 | 418.752 | 18.608 | 353.321 | 790.681 |
| Bergeijk | 19.164 | 19.241 | 19.318 | 19.395 | 18.024 | 326.816 | 684 | 431.371 | 19.088 | 346.098 | 796.557 | 441.759 | 19.469 | 353.020 | 814.248 | 452.396 | 19.859 | 360.080 | 832.335 | 463.290 | 20.256 | 367.282 | 850.828 |
| Best | 31.017 | 31.141 | 31.265 | 31.390 | 31.793 | 580.050 | 1.214 | 698.153 | 33.669 | 614.273 | 1.346.095 | 714.965 | 34.342 | 626.558 | 1.375.866 | 732.181 | 35.029 | 639.089 | 1.406.300 | 749.812 | 35.730 | 651.871 | 1.437.413 |
| Bladel | 21.094 | 21.178 | 21.263 | 21.348 | 19.652 | 358.350 | 750 | 474.807 | 20.812 | 379.493 | 875.111 | 486.240 | 21.228 | 387.083 | 894.551 | 497.949 | 21.652 | 394.825 | 914.426 | 509.939 | 22.085 | 402.721 | 934.746 |
| Cranendonck | 20.965 | 21.048 | 21.133 | 21.217 | 19.527 | 329.205 | 689 | 471.891 | 20.679 | 348.628 | 841.198 | 483.255 | 21.093 | 355.600 | 859.948 | 494.891 | 21.515 | 362.712 | 879.118 | 506.808 | 21.945 | 369.966 | 898.720 |
| Deurne | 33.114 | 33.246 | 33.379 | 33.513 | 32.266 | 577.661 | 1.209 | 745.363 | 34.170 | 611.743 | 1.391.276 | 763.311 | 34.854 | 623.978 | 1.422.143 | 781.692 | 35.551 | 636.457 | 1.453.700 | 800.515 | 36.262 | 649.186 | 1.485.963 |
| Eersel | 20.087 | 20.167 | 20.248 | 20.329 | 17.298 | 357.873 | 749 | 452.140 | 18.319 | 378.987 | 849.446 | 463.027 | 18.685 | 386.567 | 868.279 | 474.177 | 19.059 | 394.298 | 887.534 | 485.595 | 19.440 | 402.184 | 907.220 |
| Eindhoven | 244.685 | 245.664 | 246.646 | 247.633 | 243.432 | 4.240.958 | 8.876 | 5.507.622 | 257.795 | 4.491.175 | 10.256.591 | 5.640.246 | 262.950 | 4.580.998 | 10.484.194 | 5.776.063 | 268.209 | 4.672.618 | 10.716.890 | 5.915.150 | 273.574 | 4.766.070 | 10.954.794 |
| Geldrop-Mierlo | 40.625 | 40.787 | 40.951 | 41.114 | 41.011 | 741.547 | 1.552 | 914.427 | 43.431 | 785.298 | 1.743.155 | 936.446 | 44.299 | 801.004 | 1.781.749 | 958.996 | 45.185 | 817.024 | 1.821.205 | 982.088 | 46.089 | 833.364 | 1.861.541 |
| Gemert-Bakel | 31.506 | 31.632 | 31.758 | 31.885 | 29.609 | 610.151 | 1.277 | 709.159 | 31.356 | 646.150 | 1.386.665 | 726.236 | 31.983 | 659.073 | 1.417.292 | 743.723 | 32.623 | 672.255 | 1.448.601 | 761.632 | 33.275 | 685.700 | 1.480.607 |
| Heeze-Leende | 16.702 | 16.768 | 16.835 | 16.903 | 14.760 | 282.380 | 591 | 375.936 | 15.631 | 299.041 | 690.608 | 384.988 | 15.944 | 305.021 | 705.954 | 394.259 | 16.263 | 311.122 | 721.643 | 403.753 | 16.588 | 317.344 | 737.685 |
| Helmond | 95.278 | 95.659 | 96.041 | 96.426 | 109.685 | 1.764.995 | 3.694 | 2.144.608 | 116.156 | 1.869.130 | 4.129.894 | 2.196.250 | 118.479 | 1.906.513 | 4.221.242 | 2.249.135 | 120.849 | 1.944.643 | 4.314.627 | 2.303.295 | 123.266 | 1.983.536 | 4.410.096 |
| Laarbeek | 23.343 | 23.436 | 23.530 | 23.624 | 21.901 | 445.310 | 932 | 525.429 | 23.193 | 471.583 | 1.020.205 | 538.081 | 23.657 | 481.015 | 1.042.753 | 551.038 | 24.130 | 490.635 | 1.065.803 | 564.307 | 24.612 | 500.448 | 1.089.367 |
| Nuenen | 24.105 | 24.201 | 24.298 | 24.395 | 21.690 | 442.921 | 927 | 542.581 | 22.970 | 469.053 | 1.034.605 | 555.647 | 23.429 | 478.435 | 1.057.511 | 569.027 | 23.898 | 488.003 | 1.080.928 | 582.729 | 24.376 | 497.763 | 1.104.868 |
| Oirschot | 19.297 | 19.374 | 19.452 | 19.529 | 17.890 | 315.348 | 660 | 434.354 | 18.946 | 333.954 | 787.254 | 444.814 | 19.324 | 340.633 | 804.771 | 455.525 | 19.711 | 347.446 | 822.681 | 466.494 | 20.105 | 354.395 | 840.994 |
| Reusel-De Mrdn | 13.603 | 13.658 | 13.712 | 13.767 | 12.013 | 282.380 | 591 | 306.195 | 12.722 | 299.041 | 617.958 | 313.568 | 12.977 | 305.021 | 631.566 | 321.119 | 13.236 | 311.122 | 645.477 | 328.851 | 13.501 | 317.344 | 659.697 |
| Someren | 20.148 | 20.229 | 20.310 | 20.391 | 17.731 | 419.509 | 878 | 453.518 | 18.777 | 444.260 | 916.555 | 464.439 | 19.153 | 453.145 | 936.737 | 475.623 | 19.536 | 462.208 | 957.366 | 487.076 | 19.926 | 471.452 | 978.454 |
| Son en Breugel | 18.088 | 18.160 | 18.233 | 18.306 | 17.125 | 355.484 | 744 | 407.145 | 18.135 | 376.457 | 801.737 | 416.949 | 18.498 | 383.986 | 819.433 | 426.989 | 18.868 | 391.666 | 837.523 | 437.271 | 19.245 | 399.499 | 856.016 |
| Valkenswaard | 31.672 | 31.799 | 31.926 | 32.054 | 29.151 | 520.803 | 1.090 | 712.911 | 30.871 | 551.530 | 1.295.312 | 730.078 | 31.489 | 562.561 | 1.324.127 | 747.658 | 32.118 | 573.812 | 1.353.588 | 765.661 | 32.761 | 585.288 | 1.383.710 |
| Veldhoven | 46.601 | 46.787 | 46.974 | 47.162 | 43.524 | 796.016 | 1.666 | 1.048.936 | 46.092 | 842.981 | 1.938.009 | 1.074.195 | 47.014 | 859.840 | 1.981.049 | 1.100.061 | 47.954 | 877.037 | 2.025.052 | 1.126.551 | 48.913 | 894.578 | 2.070.042 |
| Waalre | 18.045 | 18.117 | 18.190 | 18.262 | 17.490 | 329.682 | 690 | 406.173 | 18.522 | 349.134 | 773.829 | 415.954 | 18.883 | 356.116 | 790.963 | 425.970 | 19.271 | 363.239 | 808.479 | 436.227 | 19.656 | 370.503 | 826.387 |
| | 806.459 | 809.685 | 812.924 | 816.175 | 792.132 | 14.391.832 | 30.121 | 18.152.622 | 838.868 | 15.240.950 | 34.232.439 | 18.589.737 | 855.645 | 15.545.769 | 34.991.151 | 19.037.378 | 872.758 | 15.856.684 | 35.766.820 | 19.495.798 | 890.213 | 16.173.818 | 36.559.829 |

*) voor JGZ 0-4 wordt vooralsnog geen mutatie in het aantal kinderen geraamd. Er wordt tzt echter nagecalculeerd obv het werkelijke aantal kinderen per 1 januari van het begrotingsjaar.

# Bijlage 3 Verloop overige structurele bijdragen gemeenten

(blauw gearceerd is de specificatie van 2025)

| Gemeente | Bijdrage soc. plan reorgan. fusie '96 | Bijdrage onderzoek locaties JGZ | Bijdragen div. ver-plichtingen fusie '08 | Bijdr. Ehv uitloop schalen fusie '08 1) | Totaal 2008 | Totaal 2009 | Totaal 2010 | Totaal 2011 | Totaal 2012 | Totaal 2013 | Totaal 2014 | Totaal 2015 | Totaal 2016 | Totaal 2017 | Totaal 2018 | Totaal 2019 | Totaal 2020 | Totaal 2021 | Totaal 2022 | Totaal 2023 | Totaal 2024 | Totaal 2025 | Totaal 2026 | Totaal 2027 | Totaal 2028 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Asten** | | | | | 6.471 | 6.530 | 7.009 | 5.745 | 6.161 | 5.064 | 4.558 | 4.803 | 4.341 | 1.100 | 1.224 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Bergeijk** | | | | | 4.386 | 4.278 | 5.270 | 3.697 | 3.618 | 3.002 | 1.727 | 1.446 | 1.488 | 1.211 | 1.343 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Best** | | | | | 7.036 | 6.879 | 8.458 | 5.919 | 5.772 | 4.753 | 2.719 | 2.266 | 2.332 | 1.922 | 2.132 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Bladel** | | | | | 4.621 | 4.524 | 5.575 | 3.921 | 3.875 | 3.243 | 1.863 | 1.570 | 1.616 | 1.324 | 1.469 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Cranendonck** | | | | | 4.917 | 4.795 | 5.909 | 4.163 | 4.085 | 3.383 | 1.933 | 1.614 | 1.661 | 1.370 | 1.520 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Deurne** | | | | | 16.224 | 16.195 | 17.739 | 15.616 | 15.193 | 15.015 | 13.014 | 12.509 | 15.582 | 2.113 | 2.339 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Eersel** | | | | | 4.372 | 4.280 | 5.270 | 3.718 | 3.635 | 3.010 | 1.729 | 1.441 | 1.483 | 1.230 | 1.357 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Eindhoven** | | 60.893 | | 85.000 | 1.013.500 | 908.020 | 740.584 | 584.839 | 500.484 | 460.024 | 421.500 | 267.959 | 194.000 | 156.572 | 168.073 | 167.000 | 162.000 | 148.148 | 145.923 | 147.005 | 152.500 | 145.893 | 137.110 | 118.353 | 119.620 |
| **Geldrop-Mierlo** | | | | | 19.175 | 19.824 | 21.687 | 19.437 | 19.335 | 18.044 | 12.682 | 15.578 | 16.668 | 2.579 | 2.858 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Gemert-Bakel** | | | | | 14.762 | 16.276 | 18.895 | 18.324 | 15.709 | 14.836 | 9.762 | 11.822 | 12.890 | 1.966 | 2.199 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Heeze-Leende** | | | | | 3.675 | -43 | 4.424 | 3.121 | 3.062 | 2.543 | 1.463 | 1.217 | 1.252 | 1.038 | 1.150 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Helmond** | | 30.614 | | | 114.870 | 124.189 | 133.630 | 70.127 | 40.242 | 37.211 | 31.454 | 30.072 | 30.778 | 29.975 | 30.633 | 24.000 | 25.000 | 26.000 | 26.039 | 26.146 | 28.908 | 30.614 | 31.226 | 31.850 | 32.487 |
| **Laarbeek** | | | | | 5.272 | 5.155 | 6.329 | 4.420 | 4.306 | 3.579 | 2.067 | 1.728 | 1.778 | 1.456 | 1.608 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Nuenen c.a.** | | | | | 5.504 | 5.347 | 6.540 | 4.555 | 4.454 | 3.734 | 2.148 | 1.790 | 1.843 | 1.509 | 1.673 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Oirschot** | | | | | 4.329 | 4.225 | 5.184 | 3.634 | 3.571 | 2.958 | 1.702 | 1.424 | 1.466 | 1.207 | 1.355 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Reusel-De Mierden** | | | | | 2.999 | 2.922 | 3.620 | 2.567 | 2.524 | 2.095 | 1.203 | 1.008 | 1.037 | 849 | 946 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Someren** | | | | | 4.400 | 4.303 | 6.741 | 5.965 | 5.068 | 4.597 | 1.768 | 1.481 | 1.524 | 1.254 | 1.397 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Son en Breugel** | | | | | 3.711 | 3.658 | 4.521 | 3.177 | 3.135 | 2.621 | 1.531 | 1.285 | 1.322 | 1.089 | 1.217 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Valkenswaard** | | | | | 22.496 | 23.031 | 24.369 | 21.791 | 20.787 | 20.674 | 17.903 | 17.903 | 18.473 | 2.007 | 2.232 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Veldhoven** | | | | | 10.497 | 10.183 | 12.530 | 8.839 | 8.735 | 7.269 | 4.186 | 3.497 | 3.599 | 2.939 | 3.276 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Waalre** | | | | | 4.008 | 3.956 | 4.818 | 3.388 | 3.306 | 2.732 | 1.587 | 1.328 | 1.366 | 1.129 | 1.239 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAAL 2008 | **126.000** | **66.000** | **842.500** | **243.000** | **1.277.500** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAAL 2009 | **123.000** | **68.500** | **758.000** | **229.000** | | **1.178.500** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAAL 2010 | **151.500** | **71.500** | **662.500** | **163.500** | | | **1.049.000** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAAL 2011 | **106.500** | **76.000** | **455.500** | **159.000** | | | | **797.000** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAAL 2012 | **105.000** | **72.000** | **345.000** | **155.000** | | | | | **677.000** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAAL 2013 | **87.000** | **117.000** | **267.000** | **149.000** | | | | | | **620.000** | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAAL 2014 | **44.500** | **119.000** | **236.500** | **138.500** | | | | | | | **538.500** | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAAL 2015 | **41.500** | **119.500** | **100.000** | **122.500** | | | | | | | | **383.500** | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAAL 2016 | **43.000** | **126.000** | **27.500** | **120.000** | | | | | | | | | **316.500** | | | | | | | | | | | | |
| TOTAAL 2017 | **35.000** | **71.000** | | **110.000** | | | | | | | | | | **216.000** | | | | | | | | | | | |
| TOTAAL 2018 | **39.000** | **71.000** | | **121.000** | | | | | | | | | | | **231.000** | | | | | | | | | | |
| TOTAAL 2019 | | **72.000** | | **119.000** | | | | | | | | | | | | **191.000** | | | | | | | | | |
| TOTAAL 2020 | | **74.000** | | **113.000** | | | | | | | | | | | | | **187.000** | | | | | | | | |
| TOTAAL 2021 | | **76.000** | | **98.148** | | | | | | | | | | | | | | **174.148** | | | | | | | |
| TOTAAL 2022 | | **76.962** | | **92.833** | | | | | | | | | | | | | | | **169.795** | | | | | | |
| TOTAAL 2023 | | **83.125** | | **95.000** | | | | | | | | | | | | | | | | **178.125** | | | | | |
| TOTAAL 2024 | | **86.408** | | **95.000** | | | | | | | | | | | | | | | | | **181.408** | | | | |
| TOTAAL 2025 | | **91.506** | | **85.000** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **176.506** | | | |
| TOTAAL 2026 | | **93.336** | | **75.000** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **168.336** | | |
| TOTAAL 2027 | | **95.203** | | **55.000** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **150.203** | |
| TOTAAL 2028 | | **97.107** | | **55.000** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **152.107** |

1) Deze bijdrage wordt achteraf afgerekend obv de werkelijke kosten