

KADERNOTA 2027

GGD Brabant-Zuidoost

Datum	10 december 2025
Auteur:	Rick de Kort
Functie:	Secretaris
Aantal pagina's:	
Status:	Gecontroleerd
Versie:	V1.0

Inhoudsopgave

1. Inleiding 4
2. Missie, visie en kerntaken GGD 6
3. Uitdagingen voor de publieke en acute gezondheidszorg 7
3.1 Gevolgen van Covid-19 en versterking van pandemische paraatheid 7
3.2 Naar een sluitende aanpak in de openbare geestelijke gezondheidszorg 8
3.3 Versterken van Ambulancezorg als onderdeel van de acute zorgketen 10
3.4 Ontwikkelingen in de Jeugdgezondheidszorg 11
3.5 Gevolgen van de schaalsprong in Brabant-Zuidoost 13
3.6 Overige ontwikkelingen 14
4. Financieel meerjarenperspectief 18
4.1 Inleiding 18
4.2 Algemene kostenontwikkeling 18
4.3 Programma Ambulancezorg (AZ) 18
4.4 Programma Publieke Gezondheid (PG) 19
4.5 Weerstandsvermogen en risico's 23
Bijlage 1 Indicatieve ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijk takenpakket 24
Bijlage 2 Verloop overige structurele bijdragen gemeenten 25
..... 25

1. Inleiding

Het Algemeen Bestuur van de GGD biedt deze kadernota aan gemeenten aan als opmaat naar de begroting 2027 en als input voor hun voorjaarsnota's.

De ontwerpbegroting 2027 van de GGD krijgen gemeenten in maart 2026 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 uitdagingen op het terrein van de publieke gezondheid en Ambulancezorg (hoofdstuk 3) en een doorkijk in de financiële gevolgen (hoofdstuk 4).

In 2026 gaat de GGD een nieuwe meerjarige beleidsvisie ontwikkelen voor de nieuwe bestuursperiode (2026-2030). Startpunt is de evaluatie van het lopend meerjarenbeleidsplan van de GGD. Colleges en gemeenteraden worden later in de gelegenheid gesteld hun zienswijzen kenbaar te maken op de nieuwe meerjarige beleidsvisie. Daarnaast gaat er uitvoer gegeven worden aan de heroriëntatie van de GGD.

Heroriëntatie GGD

De regio Brabant-Zuidoost staat aan de vooravond van een ongekende groeispurt, met grote maatschappelijke en demografische veranderingen. De publieke gezondheidszorg bevindt zich op een kruispunt: het zorgstelsel staat onder druk, gezondheidsverschillen nemen toe en de mentale en fysieke gezondheid – met name van jongeren – verslechtert. Tegelijk groeit het besef dat gezondheid niet alleen in de spreekkamer begint, maar vooral in de leefomgeving: thuis, op school, op het werk en in de wijk. Deze inzichten vragen om een fundamentele heroriëntatie op de rol van preventie in het publieke domein.

Voor GGD Brabant-Zuidoost betekent dit een kans én een opdracht. Als publieke gezondheidsorganisatie staan we midden in de samenleving en beschikken we over de kennis, netwerken en uitvoeringskracht om gezondheid structureel te bevorderen. Landelijke beleidskaders zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), de Hervormingsagenda Jeugd en de Samenhangende Preventiestrategie bieden richting en onderstrepen het belang van domeinoverstijgende samenwerking, een sterke sociale basis en een preventieve aanpak die begint bij de jeugd en zich uitstrekt tot alle levensfasen.

Strategische keuzes en koerswijziging

In overleg met bestuur en ambtelijke vertegenwoordigers is gekozen voor een duidelijke koerswijziging, gericht op een robuuste, toekomstbestendige GGD. De belangrijkste strategische keuzes zijn:

1. **Focus op preventie**: De GGD richt zich primair op primaire en secundaire preventie, inclusief de wettelijke taken. Tertiaire preventie en niet-preventieve (administratieve) taken worden in principe niet langer als GGD-taak beschouwd, tenzij het bestuur hier expliciet voor kiest.

2. **Thematische ordening**: Preventieve inzet wordt georganiseerd rond een aantal gezondheidsthema's, gebaseerd op regionale ontwikkelingen en onderzoeksmonitors:
   Deze thema's worden verder uitgewerkt in het meerjarenbeleidsplan en voorzien van kwalitatieve doelstellingen.
3. **Bundeling en schaalvoordelen**: De uitvoering van contracttaken vindt primair plaats op collectief niveau van de 21 gemeenten, met als uitgangspunt robuustheid en schaalvoordelen. Waar volledige regionale bundeling niet haalbaar is, wordt gekozen voor subregionale samenwerking.
4. **Tijdelijke poortwachtersfunctie**: Er wordt een tijdelijke poortwachtersfunctie ingericht die toetst of nieuwe en bestaande contracttaken passen binnen het strategisch kader van de GGD. Deze functie wordt na één jaar geëvalueerd.

Urgentie en regionale context

De gezondheid van Brabanders staat onder druk. De regio scoort structureel slechter dan het landelijk gemiddelde op roken, alcoholgebruik en bewegen. Vooral jongvolwassenen vallen op door een ongezondere leefstijl. Mentale gezondheid blijft een belangrijk aandachtspunt, met name onder jongeren, ouderen en vrouwen.
Gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen zijn hardnekkig en vragen om gerichte inzet.
De bevolkingsgroei en veranderende samenstelling (meer internationals, vergrijzing) leiden tot een toenemende en veranderende zorgvraag. Project Beethoven en de schaalsprong in Brainport Eindhoven bieden kansen, maar stellen ook hoge eisen aan de publieke gezondheid. Zonder structurele versterking van de personele en financiële kaders is doorgaan op de huidige manier geen optie.

Proces en implementatie

De heroriëntatie op het takenpakket van de GGD is tot stand gekomen via een zorgvuldig proces met brede bestuurlijke en ambtelijke betrokkenheid. 2027 Zal vooral in het teken staan van het uitvoeren van de plannen die a.d.h.v. onderstaande stappen zijn opgesteld:

- Afwegingskaders voor het basisaanbod en de poortwachter
- Uitwerken van een uitvoeringsplan inclusief impactanalyse
- Eventuele begrotingswijziging en vaststelling van strategische thema's en doelen

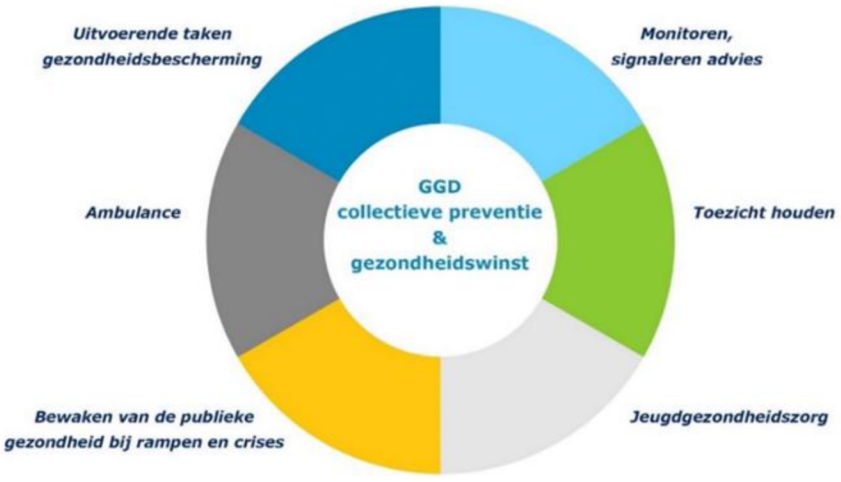
Slotboodschap

De heroriëntatie op de taken van de GGD is geen vrijblijvende exercitie, maar een noodzakelijke stap om toekomstbestendig, effectief en maatschappelijk relevant te blijven opereren. Door heldere keuzes, gezamenlijke prioriteiten en een gedeelde visie op preventie en publieke gezondheid, kan de GGD haar maatschappelijke meerwaarde vergroten en bijdragen aan een gezonde, veerkrachtige en inclusieve regio.

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 uitwerking van de GGD- taken verwijzen we naar de dienstencatalogus. Op dit moment wordt de dienstcatalogus geüpdate.



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 2026-2030 en de regionale en lokale plannen van gemeenten in het kader van IZA, GALA en AZWA.
Deze uitdagingen zijn in deze Kadernota niet verder uitgewerkt. Gemakshalve verwijzen we naar de regionale en lokale plannen IZA/GALA/AZWA die inmiddels zijn gemaakt en in uitvoering zijn. De GGD heeft hierbij een ontwikkelende en ondersteunende rol (ontwikkelen regionale ketenaanpakken, monitoring van effecten en ondersteuning bij lokale implementatie van de ontwikkelde ketenaanpakken).

3.1 Gevolgen van Covid-19 en versterking van pandemische paraatheid

De coronapandemie heeft blijvende impact gehad op de volksgezondheid. De gevolgen zijn nog steeds zichtbaar, onder andere in long COVID, een toegenomen druk op de zorg en een verslechterde mentale gezondheid van jongeren. Ook zijn de verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen verder toegenomen. Tegelijkertijd heeft de pandemie geleid tot een structurele versterking van de infectieziektebestrijding en de pandemische paraatheid binnen de GGD'en.
De landelijke versterking van de infectieziektebestrijding wordt voortgezet langs vijf pijlers: het verminderen van kwetsbaarheden, versterking van monitoring en surveillance, kennisontwikkeling, bovenregionale samenwerking en het versneld opleiden van professionals. Binnen GGD Brabant-Zuidoost investeren we in deskundige medewerkers, verbeterde data- en informatievoorziening en duurzame samenwerkingsverbanden in de regio en met landelijke partners.
De aansluiting op de Landelijke Functionaliteit Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) wordt in 2026 afgerond. Hiermee worden de processen voor opschaling, communicatie en informatievoorziening structureel ingebed in de organisatie. Ook de verdere ontwikkeling van de informatievoorziening binnen de infectieziektebestrijding krijgt vorm via het programma Pandemisch Parate IV, dat gericht is op een toekomstbestendig digitaal landschap en het vervangen van HPZone.
De GGD blijft verantwoordelijk voor de uitvoering van de jaarlijkse COVID-19-vaccinatiecampagne, gericht op het beschermen van kwetsbare doelgroepen. Binnen het Vaccinatie Expertise Centrum (VEC) zijn kennis, uitvoering en voorlichting over alle vaccinatieprogramma's gebundeld. De focus ligt op een efficiënte uitvoering, het verhogen van de vaccinatiegraad en het bieden van betrouwbare en toegankelijke informatie. Daarbij wordt nauw samengewerkt met gemeenten, huisartsen en zorginstellingen om inwoners regionaal en lokaal goed te bereiken.
Daarnaast bereidt de GGD zich voor op nieuwe ontwikkelingen in de infectieziektebestrijding, zoals de voortzetting van het mpox-vaccinatieprogramma en de verwachte invoering van het gordelroosvaccinatieprogramma.
Met deze inspanningen blijft GGD Brabant-Zuidoost werken aan een robuuste en wendbare publieke gezondheidszorg. Een organisatie die snel kan reageren op infectieziekte-uitbraken, effectief kan opschalen en stevig verankerd is in samenwerking met gemeenten, zorgpartners, RIVM en landelijke programma's — om zo blijvend pandemisch paraat te zijn.

3.2 Naar een sluitende aanpak in de openbare geestelijke gezondheidszorg

De mentale gezondheid van de inwoners van Brabant-Zuidoost staat onder druk. Steeds meer inwoners kampen met psychische klachten en complexe problemen, wat kan opvallen in de openbare ruimte. De afgelopen jaren is de aandacht voor mensen die zorgwekkend en/of onbegrepen gedrag vertonen of die zorg mijden dan ook gegroeid. Steeds vaker krijgen politie en andere publieke dienstverleners te maken met mensen die zorgwekkend en/of onbegrepen gedrag vertonen en soms voor overlast zorgen. Het gaat niet altijd om strafbare feiten, maar vaak is er wel sprake van een (onuitgesproken) zorgvraag.

Een kleine, maar zorgwekkende groep mensen in Nederland heeft zo'n complexe problematiek dat intensieve professionele aandacht noodzakelijk is. Het gaat om sociaal kwetsbare personen die de grip op hun leven dreigen te verliezen. Vaak gaat dit gepaard met verschillende aandoeningen en levensproblemen, wat kan leiden tot overlast of het mijden van zorg. Dit maakt hen moeilijk bereikbaar voor hulpverlening en steeds vaker vallen zij tussen wal en schip.

Tegelijkertijd groeit de regio snel. Brainport trekt nieuwe inwoners aan, de stad breidt uit en de druk op sociale voorzieningen neemt toe. Deze groei heeft ook invloed op de meest kwetsbare inwoners, die vaak niet om hulp vragen, maar deze wel hard nodig hebben. Gemeenten en zorginstanties bieden ondersteuning waar mogelijk, maar in veel gevallen is het niet altijd mogelijk om de juiste zorg en ondersteuning te bieden. Dit komt doordat de problematiek vaak niet binnen de gebruikelijke kaders past.

De GGD vervult een sleutelrol op dit snijvlak van zorg, veiligheid en samenleving. Via het Meld- en Adviespunt Zorgwekkend Gedrag en de Wijk-GGD'er hebben we steeds meer zicht op de vraagstukken binnen de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) in de regio. Door deze initiatieven kunnen we escalaties voorkomen, verbinding maken met passende zorg en de druk op politie en crisisdiensten verlichten. Onze werkwijze is altijd gericht op samenwerking, met bijvoorbeeld huisartsen, politie, woningcorporaties en welzijnsorganisaties, met als doel een veilige en inclusieve leefomgeving.

Het ontstaan van OGGZ-problematiek is niet alleen toe te schrijven aan de persoon zelf. De complexe problematiek past doorgaans niet binnen de geijkte kaders en de situatie is elke keer net weer anders. Meerdere factoren spelen een rol, zoals de versnippering van het zorglandschap, de reacties van de sociale omgeving op zorgwekkend gedrag en de invloed van politieke en organisatorische belangen. Dit maakt het des te moeilijker om te komen tot duurzame en werkbare oplossingen, mede ook omdat partners vaak verschillende belangen hebben.

De juiste hulp vraagt om een samenhangende, domeinoverstijgende 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.

Belangrijke elementen van deze aanpak zijn:

- Een combinatie van preventie, vroegsignalering en veiligheidsmaatregelen
- Tijdige en passende opvang, zorg en ondersteuning voor zowel de betrokkenen als hun omgeving
- Optimalisatie van de ketenaanpak
- Versterking van de betrokkenheid van de samenleving en samenwerking tussen zorg- en veiligheidspartners
- Nauw samenwerken, meer begrip voor elkaars werkwijzen en verantwoordelijkheden
- Creativiteit en durf om buiten de gebaande paden te denken

Er zijn nog verschillende aandachtspunten aan te wijzen voor het creëren van een sluitende aanpak over de grenzen van organisaties heen. Deze betreffen onder andere privacy en gegevensdeling, (vroeg)signalering, toegankelijkheid, flexibiliteit, coördinatie en gebiedsgerichte betrokkenheid. Het is van belang om expertises optimaal aan elkaar te verbinden en gezamenlijke processen te stroomlijnen.

GGD Brabant-Zuidoost heeft de volgende ambities om de OGGZ-aanpak te versterken en uit te breiden:

- 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
- Regionale dekking van het Meld- en adviespunt zorgwekkend gedrag. Hiermee focussen we op regionale vroegsignalering en stroomlijnen we de meldingen door te werken met een centrale voordeur. Hier kunnen zowel burgers als professionals hun zorgen uiten, waarna de GGD snelle en gecoördineerde actie onderneemt en monitoring kan plaatsvinden. Door middel van de regionale positionering van het Meld- en adviespunt kan inzicht worden gegeven in de aard en omvang van de OGGZ-problematiek, de impact op de doelgroep, de mensen om hen heen en de samenleving. Hierdoor kunnen we trends signaleren en daar gezamenlijk proactief op inspelen
- Het realiseren van samenwerkingsovereenkomsten met onze belangrijkste partners ten aanzien van gegevensdeling
- De interne samenwerking verder versterken tussen team Bijzondere Zorg en andere afdelingen zoals JGZ, IZB, Ambulancezorg etc. met het oog op vroegsignalering, preventie en maatwerk
- Duurzame en brede samenwerkingscoalities creëren met onder andere het Zorg- en Veiligheidshuis, Bemoeizorg, MO partners, GGzE, Politie en sociale wijkteams
- 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

In november ‘25 is de heroriëntatie GGD afgerond. In het kader van de heroriëntatie wordt gekeken naar de verdere ontwikkelingen binnen de OGGZ en hoe de GGD zich hier in de (nabije) toekomst op gaat inzetten. Hierdoor zou in 2026 er andere keuzes gemaakt kunnen worden dan hierboven staat beschreven. Dit volgt echter in de verdere uitwerking en uitvoer van de heroriëntatie.

3.3 Versterken van Ambulancezorg als onderdeel van de acute zorgketen

GGD Brabant-Zuidoost voert de regionale Ambulancezorg uit, volledig gefinancierd door de zorgverzekeraars. Net als in andere delen van het land staat ook onze Ambulancezorg onder druk. De zorgvraag groeit door vergrijzing, bevolkingsgroei en de schaalsprong in onze regio. Tegelijkertijd neemt de arbeidsmarktkrapte toe in de gehele acute zorgketen.

Onze regionale strategie sluit aan bij de landelijke koers en richt zich op toekomstbestendige Ambulancezorg: snel, slim en duurzaam. Daarbij blijven we sturen op operationele prestaties, zoals het behalen van de prestatienorm van 95% binnen 15 minuten en het opvolgen van signalen uit het kwaliteitskader 2.0.

Betere spreiding van ambulanceposten

Om de responstijden te verbeteren en de dekking te optimaliseren, investeren we in een betere spreiding van ambulanceposten. De nieuwe post in Hapert wordt in november 2025 in gebruik genomen. Met de gemeente Someren zijn we in gesprek over het bouwen van een post in Lierop. Naar verwachting zal deze eind 2026 opgeleverd worden. Daarnaast zijn gesprekken gestart over een verplaatsing van de voorwaardenscheppende post in Bladel naar Bergeijk.

Communicatie

De druk op de acute zorg neemt toe. Dit vraagt om een heldere positionering van Ambulancezorg in de maatschappij — zowel online als offline — zodat alle inwoners weten wat ze mogen verwachten, wanneer ze ons moeten bellen, en wanneer andere vormen van zorg passender zijn. We werken komend jaar verder aan het versterken van de maatschappelijke rol van Ambulancezorg, het stimuleren van zelfredzaamheid en het afbuigen van niet-spoedeisende (ambulancewaardige) zorgvragen. We willen inwoners helpen om zich (direct, zonder tussenkomst van andere instanties) tot het juiste zorgloket te wenden met hun zorgvraag , zodat de acute zorg beschikbaar blijft voor wie het écht nodig heeft. Door helder te communiceren over waar we van zijn, onze beschikbaarheid en bereikbaarheid, dragen we bij aan een zorgsysteem dat werkt — voor iedereen.

Optimalisatie acute zorg aanbod

Sinds 2024 werken we met een vernieuwde urgentieclassificatie. De toevoeging van de A0-categorie blijkt succesvol: we zijn sneller ter plaatse bij patiënten die met de grootst mogelijke spoed een ambulance nodig hebben. In 2026 volgen de implementaties van de C1- en C2-categorieën, waarmee we patiënten kunnen doorverwijzen of zelfzorgadvies kunnen geven. Dit draagt bij aan een efficiëntere inzet van onze ambulances.

Daarnaast loopt er een pilot met troponinemeting op de ambulance, waarmee we patiënten beter kunnen triëren: verantwoord thuislaten of sneller naar het juiste ziekenhuis brengen. Ook zorgcoördinatie krijgt de komende jaren nadrukkelijk aandacht, met als doel de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener te realiseren.

Tenslotte willen we starten met een pilot om onze VS/PA's in te zetten binnen de huisartsenzorg, primair op het visite rijden.

Duurzaamheid

Duurzaamheid is een integraal onderdeel van onze koers. Onze nieuwe ambulanceposten worden duurzaam gebouwd. Daarnaast houden we bij inkoop en aanbestedingen expliciet rekening met duurzaamheid. We kiezen waar mogelijk voor leveranciers die circulaire of milieuvriendelijke oplossingen bieden, en we wegen duurzaamheid mee als criterium bij de selectie van producten en diensten. In 2026 zullen alle ondersteunende voertuigen elektrisch zijn, en we onderzoeken actief de mogelijkheden voor verdere verduurzaming van het wagenpark, waaronder of de inzet van elektrische ambulances vanaf 2028 mogelijk moet zijn.

Technologische innovatie en datagedreven werken

We willen een innovatieve partner zijn binnen de acute zorgketen. Technologie zetten we in om efficiënter te werken en knelpunten in het proces te verlichten. Denk bijvoorbeeld aan toepassingen zoals virtual reality voor meer patiëntcomfort of ondersteuning bij diagnostiek op afstand. Tegelijkertijd verbeteren we de data-uitwisseling met ketenpartners, zodat iedere zorgverlener beschikt over actuele en betrouwbare informatie.

Binnen onze organisatie zetten we stappen in datagedreven werken. We ontwikkelen dashboards die inzicht geven in productie en kwaliteit, en werken aan het verbeteren van de datakwaliteit in alle teams. Hierdoor kunnen we beter onderbouwde keuzes maken en vergroten we de transparantie. Ook maken we voortgang in het zichtbaar maken van de bezetting van centralisten via dashboards, wat helpt bij het optimaliseren van de meldkamerinzet. Daarnaast zijn we bezig om strategische personeelsplanning inzichtelijk te maken met behulp van dashboarding, zodat we proactief kunnen sturen op toekomstige capaciteitsvraagstukken.

3.4 Ontwikkelingen in de Jeugdgezondheidszorg

Vanaf 2023, twee jaar na de inbesteding van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0 tot 4-jarigen bij de GGD, werken we met het programma Generatie Gezond (voorheen Samen Verder Groeien) aan vernieuwing van het basisaanbod van de JGZ. 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 de jeugdgezondheidszorg gaan en raken we ons hoge bereik kwijt.

Krapte op de arbeidsmarkt
De JGZ-teams bestaan uit zorgprofessionals zoals artsen en verpleegkundigen. We weten dat de druk op de (zorg)arbeidsmarkt de komende jaren alleen maar toe zal nemen. Het is dus belangrijk om tijdig slimmere keuzes te maken om zo toch alle gezinnen te kunnen blijven ondersteunen. Bijvoorbeeld meer gebruik maken van digitale dienstverlening en door datagedreven en risicogericht te 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 tweedelijns zorg en bij de kinderopvang maakt dat er vaker een beroep wordt gedaan op de JGZ. We zien meer kinderen, signaleren toegenomen problematiek wat vervolgens leidt tot meer doorverwijzingen. De schaalsprong van de regio, ook elders in deze kadernota beschreven, zorgt voor een grote toename van expats en andere zgn. nieuwkomers. Het merendeel van hen komt uit landen zonder preventief aanbod zoals in dat in Nederland is georganiseerd.

Afgezien van de taalbarrières, vergt enkel het in beeld krijgen en houden van deze kinderen en vervolgens adequaat normaliseren, signaleren en verwijzen al veel maatwerk.

Sommige kinderen staan op de wachtlijst voor hulp. Hiervoor zijn vaak lange wachttijden. Voor JGZ-professionals betekent dit regelmatig dat zij het welzijn van het kind blijven volgen en ondersteuning blijven bieden ter overbrugging. Ook buiten de kaders van het basisaanbod en eventuele contracttaken, met een hoge werkdruk als gevolg.

Normaliseren binnen de Jeugdgezondheidszorg

Normaliseren is een belangrijk uitgangspunt binnen de JGZ. Het betekent dat we ouders en kinderen ondersteunen bij het omgaan met alledaagse opvoed- en ontwikkelvragen, zonder deze direct te problematiseren. Door normaliseren voorkomen we dat lichte zorgen onnodig leiden tot medicalisering of verwijzingen naar specialistische zorg. Dit vraagt om een sterke preventieve rol van de GGD: het bieden van betrouwbare informatie, het versterken van oudervaardigheden en het creëren van een omgeving waarin ouders zich gesteund voelen. Voor de GGD betekent dit dat we investeren in laagdrempelige contactmogelijkheden, zoals digitale consulten, webinars en chatfuncties, en dat we onze professionals trainen in het herkennen van normale variaties in ontwikkeling. Zo dragen we bij aan het verminderen van zorgdruk in de keten en het bevorderen van kansengelijkheid.

Door middel van het vernieuwingsprogramma Generatie Gezond willen we de geschetste uitdagingen het hoofd bieden. Dit programma, dat tot en met 2026 gefinancierd wordt uit het wendbaarheidsbudget van de GGD heeft als hoofddoel meer maatschappelijke impact maken door het vergroten van kansengelijkheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen. We gaan meer risicogericht werken waardoor niet alle ouders en jongeren onze dienstverlening op dezelfde manier ontvangen en we waar nodig maatwerk kunnen bieden. We werken aan 4 doelen:

- Meer regie bij ouders
- Verrijken van het JGZ-aanbod
- Werken naar behoefte van gezinnen in hun omgeving
- Ontwikkelen van de JGZ professionals van nu en straks

Sinds de start is een aantal vernieuwingen al gerealiseerd. We hebben de overstap gemaakt van uitnodigen per brief naar mail. Ouders ontvangen inmiddels leeftijdsspecifieke digitale nieuwsbrieven (ontwikkelupdates) en video's over het onderzoek van aanstaande consulten. De website heeft een verbeterslag ondergaan en ook maken we slim gebruik van data voor het verlagen van de no-show en risico-gericht uitnodigen voor het groep 7 contactmoment. Vanaf begin 2025 kunnen ouders via chat vragen stellen over hun kind van 0-12 jaar. Elke dag zit een team van jeugdverpleegkundigen klaar om met ouders in gesprek te gaan, ook 3 avonden per week. In 2026 starten we met het

toepassen van een taxatie-instrument, herziening van ons basisaanbod, het zelf plannen door ouders via het ouderportaal en het aanbieden van verschillende webinars aan ouders. In 2026 gaan we het differentiëren op zorgzwaarte en het toepassen van functie- en taakdifferentiatie verder verkennen.

Het programma Generatie Gezond loopt tot en met 2026. In 2027 willen we een vervolg geven aan de onderwerpen die nog niet in het programma aan bod zijn gekomen en wel uitwerking behoeven, zoals e-consulten, nog meer webinars en het verder passend maken van onze basisdienstverlening aan de meeste kwetsbare ouders en jeugdigen. 2027 zal tevens in het licht staan van het verder adapteren van alle aangebrachte veranderingen.

Naast Generatie Gezond werken we ten aanzien van vernieuwing en innovatie binnen de jeugdgezondheidszorg samen met onze twee Brabantse collega GGD-organisaties. Ons gezamenlijk uitgangspunt is de gezondheids-verschillen binnen de provincie Brabant te verkleinen.

3.5 Gevolgen van de schaalsprong in Brabant-Zuidoost

Tot 2040 zal het aantal inwoners in de regio Zuidoost Brabant naar verwachting flink groeien van ca 800.000 nu naar 1.000.000 (onder voorwaarde dat ASML haar groei ambities kan waarmaken). Bovendien hebben we te maken met een dubbele vergrijzing: het aantal ouderen stijgt en deze ouderen worden steeds ouder.
De samenstelling van de bevolking zal naar verwachting niet alleen veranderen via de leeftijd-as maar ook naar herkomst van de bevolking. Als gevolg van toenemende (arbeids)migranten, expats, internationale studenten, asielzoekers en statushouders zal het aandeel “internationals” in de totale bevolking in onze regio de komende jaren naar verwachting groeien tot ca. 25 %.
Tegelijkertijd zien we dat de personele tekorten in de zorg zijn toegenomen. Minder jongeren kiezen voor een studie in de zorg en veel zorgmedewerkers zullen uitstromen (o.a. vanwege pensioen). De verwachting is dat de personele tekorten in de zorg de komende jaren nog verder zullen toenemen en we in onze regio te maken gaan krijgen met duizenden vacatures in de zorgsector in 2030. Ook de GGD gaat hiervan de gevolgen merken (voor een groot deel vissen de zorginstellingen in dezelfde vijver).
De groei en differentiatie in de bevolking enerzijds en de tekorten in de zorg anderzijds dwingen de zorg en daarmee ook de GGD om haar dienstverlening aan te passen en te vernieuwen. Dit raakt alle onderdelen van de GGD: zowel de Publieke Gezondheidszorg als de Ambulancezorg.
De GGD verkent momenteel de gevolgen van de schaalsprong in de regio om zodoende met de schaalsprong te kunnen meebewegen.

In 2027 zal ieder team een prognose hebben van de vraag in 2035. Dit houdt in dat we, in samenwerking met TU/e, prognosemodellen gaan ontwikkelen voor het aantal patiënten, burgers of cliënten wat we per team kunnen verwachten. Teams gaan hierop een strategische personeelsplanning maken, ze gaan focus aanbrengen in de diensten die ze gaan leveren en er wordt gekeken naar innovaties om de oplopende vraag te dempen. Zo proberen we ons zo optimaal mogelijk voor te bereiden op de schaalsprong.

3.6 Overige ontwikkelingen

Zorgakkoorden en een regionale preventie infrastructuur

Vanaf 2023 wordt in onze regio gewerkt aan het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA, een uitwerking van de preventieve kant van het IZA). Zorgpartijen, gemeenten, welzijnspartijen, zorgverzekeraar, GGD etc. werken samen aan de grote maatschappelijke opgave om de almaar oplopende zorgvraag in Nederland te verlagen. Door taakverschuiving van het zorgdomein naar het sociaal domein en door in te zetten op meer gezondheid (en meer gelijke kansen op gezondheid). We maken samen de beweging van zorg naar gezondheid; een beweging "naar de voorkant". Hiervoor is domeinoverstijgende samenwerken nodig van ziekenhuizen, GGZ, ouderenzorg, huisartsen, paramedici tot aan bewonersorganisaties, welzijn, publieke gezondheid, beweegaanbieders etc.

Voor IZA hebben we als GGD te maken met 2 IZA-regio's. De regio's hebben beide een eigen regioplan opgesteld en werken daaraan vanuit de regionaal betrokken partijen, met eigen focuspunten en een op de IZA-regio afgestemde governance. De GGD is vanaf de start bij beide IZA-regio's actief betrokken en is goed aangesloten bij de overlegtafels (bestuurlijk en ambtelijk) die er zijn in de twee IZA-regio's.

Het Aanvullend Zorg en Welzijns Akkoord (AZWA) dat mid 2025 is afgesloten en gaat lopen vanaf 2027, bouwt voort op IZA en GALA. Daarmee wordt de ingezette beweging gecontinueerd en meer focus gelegd op welzijn en preventie. We zijn bezig met een enorme transitie die jaren zal duren.

Het opbouwen van de regionale preventie infrastructuur en de kennisinfrastructuur zijn onderdeel van deze ontwikkeling. Dit zijn bij uitstek onderdelen die goed aansluiten bij de GGD en verankerd zullen/kunnen worden bij/in samenwerking met de GGD.

Binnen de bovengenoemde beweging heeft de GGD vanuit de publieke gezondheid een unieke positie. We zijn m.n. strategisch en overstijgend. De GGD heeft binnen de IZA-regio's kartrekkersrollen: programmamanagers, projectleiders. Het gaat om het verbinden van het uitgebreide veld van partijen dat nodig is om een stapje in deze beweging te zetten en het opzetten van effectieve samenwerking om samen doelen te behalen. Ten behoeve van al deze partijen voert de GGD ook de overall IZA-monitoring uit, om inzicht te bieden in voortgang, outcome en impact, zodat de bestuurders van de IZA-regio's (waaronder de GGD) hun sturende rol kunnen vervullen.

Forensische geneeskunde

In Nederland is er een tekort aan forensische artsen. Ook wij hebben hiermee te kampen. Dat heeft er mede toe geleid dat een deel van het werk (met name de arrestantenzorg en enkele forensisch-medische expertise ten behoeve van de politie) is overgenomen door (forensisch) verpleegkundigen en basisartsen. Echter is vanaf eind 2025 de Medische Arrestantenzorg (MAZ) gegund aan een andere partij dan de GGD. Dat houdt in dat de GGD deze zorg binnen de forensische Geneeskunde binnen afzienbare tijd niet langer meer zal uitvoeren. Dit laat onverlet dat er extra forensische artsen moeten worden opgeleid om aan de huidige en toekomstige behoeften te kunnen voldoen. Het Rijk heeft extra middelen door middel van subsidies beschikbaar gesteld voor de versterking van de positie van forensische geneeskunde waaronder de opleiding van nieuwe artsen, taakdifferentiatie, kwaliteitsimpuls en borging. Forensische artsen hebben de wettelijke taak van lijkschouwer, zij worden ingezet ten behoeve van lijkschouwingen en euthanasie (gefinancierd door gemeenten). We zien de laatste jaren een toename in het aantal lijkschouwingen en

euthanasieverklaringen. Tevens is hiervoor een nieuwe wet in werking getreden; Wet bestemming lichamen van overledenen (WBLO).
De overige taken die door de forensisch artsen en (forensisch) verpleegkundigen worden uitgevoerd betreffen forensisch medisch onderzoeken bij zedendelicten, kindermishandeling, bloedonderzoek, DNA-afname, ed.
Op het terrein van forensische geneeskunde werken wij 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 is de centrumfunctie belegd bij de GGD Brabant-Zuidoost zodat deze GGD het werkgeverschap heeft voor het forensisch team en de afspraken met de politie en de financiële stromen lopen via deze centrum GGD.
De taken en afspraken met de contractpartners van het team forensisch geneeskunde zijn aan het veranderen.
Landelijke worden er onderhandelingen gevoerd met de politie, OM en KMAR over de taken die vallen binnen de forensische medische expertise.
Voor de uitvoering van de wettelijke taken rondom lijkschouw zijn op basis van het landelijk advies nieuwe tarieven vastgesteld. In onze regio wordt er voor deze wettelijke taak nog gefinancierd via de gemeentelijke bijdrage.
Deze blijkt echter niet toereikend. In 2025 compenseert het Rijk de ongedekte kosten nog en vanaf 2026 is dat onduidelijk en is dat mede afhankelijk van de landelijke keuzes die nog gemaakt worden m.b.t. het stelsel van forensische geneeskunde in Nederland. Hiervoor komt in 2026 een voorstel in het Bestuur.
Als laatste wordt in 2027 gewerkt aan een landelijke coördinatie van de Forensische Geneeskunde. Dit voorstel wordt in 2026 verder uitgewerkt en het doel is om dit in 2027 te implementeren.

Toezicht op de kwaliteit van voorschoolse educatie
Voorschoolse Educatie bevordert goede kansen voor alle kinderen, mits de kwaliteit ervan goed is. Goed toezicht kan die kwaliteit helpen bevorderen. Op dit moment vindt er geen structureel toezicht plaats op de kwaliteit van Voorschoolse Educatie. In 2021 is besloten een scenario uit te werken waarin de GGD structureel toezicht gaat houden op de proceskwaliteit en kwaliteitszorg, gebaseerd op landelijk geformuleerde kwaliteitseisen. Dit is een uitbreiding van de huidige gemeentelijke verantwoordelijkheid voor toezicht en handhaving Kinderopvang. Het signaal gestuurde toezicht door de landelijke Inspectie wordt dan beëindigd. Het toezicht op Voorschoolse Educatie wordt hiermee in één hand gebracht. De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) wil dit toezicht per 1 januari 2027 bij gemeenten en GGD'en beleggen.

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en VEC
Het vaccinatielandschap verandert snel, met een dalende vaccinatiegraad en toenemende complexiteit door nieuwe doelgroepen, meer individuele vaccinatiemomenten en maatschappelijke onrust. De landelijke ambitie is om via de GGD'en een brede vaccinatievoorziening (0-100 jaar) te realiseren, waarin het Vaccinatie Expertise Centrum (VEC) een centrale rol speelt.

Waarom een VEC essentieel is:

- Verhogen van de vaccinatiegraad: Door een centraal loket, doelgroepgerichte aanpak en laagdrempelige toegang kan de vaccinatiegraad structureel worden verhoogd.
- Sneller inspelen op ontwikkelingen: Het VEC maakt het mogelijk om flexibel en efficiënt te reageren op nieuwe vaccinatieprogramma's, uitbraken en maatschappelijke trends.
- Kennis en kwaliteit: Het VEC bundelt expertise, zorgt voor uniforme werkwijzen en ondersteunt professionals en burgers met betrouwbare informatie en advies.
- Netwerk en samenwerking: Door regionale samenwerking met ketenpartners (zoals huisartsen, scholen en gemeenten) worden moeilijk bereikbare groepen beter bereikt.
- Pandemische paraatheid: Het VEC is in staat om snel op te schalen bij uitbraken of pandemieën, wat essentieel is voor de volksgezondheid.

Een goed georganiseerd VEC is een onmisbare schakel om de dalende vaccinatiegraad te keren, gezondheidsverschillen te verkleinen en de publieke gezondheid te beschermen. Door te investeren in een toekomstbestendige vaccinatievoorziening, wordt de regio voorbereid op zowel huidige als toekomstige uitdagingen.

Duurzaamheid en planetaire gezondheid

De GGD Brabant-Zuidoost onderschrijft de ambities van de **Green Deal Duurzame Zorg 3.0** en ziet duurzaamheid als een integraal onderdeel van haar maatschappelijke opdracht. Deze Green Deal richt zich op het terugdringen van de milieu-impact van de zorgsector en het bevorderen van gezondheid in samenhang met een gezonde leefomgeving. Wij vertalen deze doelstellingen naar concrete acties binnen onze bedrijfsvoering en publieke gezondheidstaken.

Duurzame bouw en huisvesting

Bij nieuwbouw en renovatie van onze locaties kiezen wij voor circulaire en biobased oplossingen. Een belangrijk voorbeeld is de toepassing van **houtbouw** bij ambulanceposten. Dit concept biedt een gezond binnenklimaat, een lage milieubelasting en draagt bij aan CO_2-opslag. De bouw is volledig gasloos, maakt gebruik van energiezuinige installaties en wordt uitgevoerd met minimale stikstofuitstoot op de bouwplaats. Hiermee geven wij invulling aan onze verantwoordelijkheid om klimaatneutraal te opereren en dragen wij bij aan de landelijke doelstellingen voor CO_2-reductie.

Planetaire gezondheid als leidraad

Wij integreren het principe van planetaire gezondheid in ons beleid en onze preventieprogramma's. Dit betekent dat wij niet alleen kijken naar individuele gezondheid, maar ook naar factoren zoals luchtkwaliteit, biodiversiteit, duurzame mobiliteit en gezonde voeding. Door deze benadering sluiten wij aan bij regionale initiatieven en landelijke programma's die gezondheid en duurzaamheid verbinden.

Mobiliteit en energie

Wij stimuleren duurzame mobiliteit voor medewerkers en bezoekers door het faciliteren van fietsen, het verbeteren van OV-bereikbaarheid en het reduceren van emissies uit woon-werkverkeer. Daarnaast zetten wij in op energiebesparing en het gebruik van hernieuwbare energiebronnen, zoals zonnepanelen op onze gebouwen.

Circulaire en duurzame inkoop

Ons inkoopbeleid is gebaseerd op PIANOo-criteria en richt zich op het verminderen van grondstoffengebruik en het bevorderen van circulaire ketens. Bij aanbestedingen hanteren wij ambitieuze duurzaamheidsnormen, zodat onze keuzes bijdragen aan een toekomstbestendige zorgsector.

Met deze aanpak positioneert de GGD zich als een voortrekker in duurzame zorg en draagt zij bij aan de transitie naar een klimaatneutrale en circulaire samenleving, in lijn met de nationale doelstellingen van de Green Deal.

Voor meer duiding, zie dit position paper van GGD GHOR Nederland.

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

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. In 2025 is een nieuwe CAO tot stand gekomen met een 2-jarige looptijd van 1 april 2025 tot en met 31 maart 2027.
Investeringen (en daarmee de kapitaallasten) hebben een redelijk constant ritme en leiden in het algemeen 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.
Voor 2027 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. 70% van de totale kosten) brengt de Functioneel Levensloop Ontslag (FLO)-regeling een aanzienlijk bedrag aan personele kosten (momenteel ca. € 1,9 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 2025 e.v. zal gaan leiden tot hogere huisvestingskosten. Deze hogere kosten zullen in de financiering van de budgetten door zorgverzekeraars worden opgenomen.

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 (4 GR'en) VeiligheidsRegio Brabant-Zuidoost, Omgevingsdienst Zuidoost-Brabant, GGD Brabant-Zuidoost en Metropoolregio Eindhoven) is de wijze van indexering voor de 4 GR'en met ingang van de begroting 2018 gelijkgetrokken. Sindsdien wordt de Macro Economisch Verkenning van het Centraal Plan Bureau in september gehanteerd.

Indexeringsonderzoek 4 Gemeenschappelijke Regelingen
Op dit moment loopt het onderzoek rondom de indexering nog.

Voor 2027 resulteert de afgesproken indexeringsmethodiek voor de GGD in de volgende index-berekening:
Loon 75% * 2,9% = 2,175%
Prijs 25% * 2,4% = 0,600%
Totaal index 2027: 2,775%

Indicatie inwonerbijdrage 2027 – 2030
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	2027	2028	2029	2030
#inwoners (aanname + 0,9%/jaar) *	*823.761*	*831.175*	*838.655*	*846.203*
gemeent. bijdr. p/inwoner progr begr '25 (verlaagd, zie 1e wijz '25) **	€ 22,239			
index progr begr 2026 4,2% **	€ 0,934			
vervallen Vroeghulp uit basispakket per 2026	-€ 0,102			
toevoeging Nu niet zwanger aan basispakket per 2026	€ 0,475			
index 2027 e.v. (aanname 2028 e.v. 2%/jaar)	€ 0,653	€ 0,484	€ 0,494	€ 0,504
bedrag per inwoner gez. taken	***€ 24,199***	***€ 24,683***	***€ 25,177***	***€ 25,680***
gem bijdr pubercontactmoment prog begr '25 (verlaagd, zie 1e wijz '25) **	€ 828.967			
index progr begr 2026 4,2% **	€ 34.830			
index 2027 e.v. (aanname 2028 e.v. 2%/jaar)	€ 23.970	€ 17.755	€ 18.110	€ 18.473
gemeent. bijdr. Pubercontactmoment ***	***€ 887.767***	***€ 905.522***	***€ 923.633***	***€ 942.105***
Bijdr JGZ 0 -4 per kind progr begr '25 (verlaagd, zie 1e wijz '25) **	€ 500,018			
index progr begr 2026 4,2% **	€ 21,001			
index 2027 e.v. (aanname 2028 e.v. 2%/jaar)	€ 14,458	€ 10,71	€ 10,92	€ 11,14
gemeent. bijdr. JGZ 0 -4 per kind	***€ 535,48***	***€ 546,19***	***€ 557,11***	***€ 568,25***

* bij het opstellen van de begroting 2027 zal het dan bekende #inwoners per 1-1-2026 worden gehanteerd; voor de inschatting voor de komende jaren is uitgegaan van de gemiddelde stijging over de afgelopen 5 jaren van 0,9%. Let wel: effecten van een verdere groei ivm schaalsprong zijn in deze calculaties nog niet mee genomen

** Mede vanwege de aanzienlijke (loon-)kosten ontwikkelingen in de afgelopen jaren, was de index voor 2025 eerder berekend op 5,9%. Op basis van de nieuwe CAO, die per 1 april 2025 is ingegaan, is deze indexering in de loop van 2025 echter verlaagd naar 3,23% (zie 1e begrotingswijziging 2025). De (structurele) doorwerking van die verlaging per 2026 moet nog wel gecorrigeerd worden in de gemeentelijke bijdragen; dat wordt verwerkt door in bovenstaande berekening het verlaagde bedrag van 2025 als basis te hanteren.
De genoemde CAO heeft een looptijd tot april 2027; het effect voor de indexering van 2026 is echter nog niet helemaal duidelijk, met name als gevolg van een nog uit te werken woon-werk vergoedingsregeling. vooralsnog lijkt die indexering nagenoeg gelijk te blijven, mocht blijken dat daar wel een substantiële wijziging in op gaat treden zal dat bij het opstellen van de begroting 2027 alsnog gecorrigeerd worden.

*** 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 1 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 of andere inkomstenbronnen van de GGD maar waarvan de definitieve gegevens nu nog ontbreken.

Dit betreft voor zover nu bekend:

- Een structurele bezuiniging door het Rijk op het gemeentefonds
- Seksuele gezondheid (SPUK): waarschijnlijk een bezuiniging van 10% (tijdelijk gereduceerd naar 4% in 2026)
- Mogelijk een bezuiniging op SPUK GALA en SPUK IZA van 10%
- Vanaf 2027 een bezuiniging op de opvang van asielzoekers (COA). Dit gaat waarschijnlijk effect hebben op de diensten die het COA bij de GGD afneemt. AZC Budel gaat aanzienlijk terug in het aantal opvangplekken, wat gevolgen zal hebben voor de COA-baten GGD
- Diverse landelijk subsidies lopen na 2025 af zoals op het thema roken en bezuinigingen op subsidies voor RIVM, ZonMw en Pharos. De GGD maakt via deze organisaties momenteel gebruik van deze landelijke subsidie-mogelijkheden
- Structurele extra middelen vanaf 2026 i.v.m. modernisering Wet op de lijkbezorging (lijkschouwingen), waarin o.a. een uitbreiding zit van de bevoegdheden van de gemeentelijke lijkschouwer
- Extra incidentele middelen voor toezicht en handhaving op kinderopvang i.v.m. aangepaste regelgeving
- Opname in het Rijksvaccinatieprogramma van het vaccineren tegen het RS virus. Daarnaast komt er mogelijk een toekomstige rol voor de GGD in het vaccineren tegen gordelroos
- Doorvoeren schemawijzigingen in het Rijksvaccinatieprogramma.

Zodra over bovenstaande ontwikkelingen meer bekend is en dit gevolgen heeft voor de inwonerbijdrage 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; in het huidige jaar (2025) voor in totaal ca. € 9,0 miljoen, waarvan ca. € 2,2 miljoen voor aanvullende taken JGZ, ca. € 2,1 miljoen voor Toezicht Kinderopvang, ca. € 2,0 miljoen voor Bijzondere Zorg (WijkGGD, meldpunt Wvggz), ca. € 1,7 miljoen inkomsten m.b.t. opdrachten op het gebied van onderzoek, beleid en preventie en ca. € 0,8 miljoen dienstverlening m.b.t. ondersteuning van mantelzorgers. Deze taken liggen in het verlengde van de wettelijke taken. De uitvoering van deze taken wordt met de individuele gemeenten afzonderlijk contractueel vastgelegd. In de begroting 2027 zal een raming 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 lopen steeds verder terug. 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.
Het totaal van deze overige bijdragen door bovengenoemde gemeenten bedraagt momenteel ca. € 0,2 miljoen.

Contracttaken derden

Naast de diverse bijdragen en vergoedingen van gemeenten ontvangt de GGD ook van derden (waaronder andere overheden, instellingen, zorgverzekeraars, bedrijven en particulieren) bijdragen en vergoedingen voor dienstverlening, in totaal op dit moment (2025) ruim € 14,3 miljoen.

De in omvang belangrijkste structurele contracttaken hierin zijn:

- (Reizigers-)vaccinaties (ca. € 2,0 miljoen, hoofdzakelijk particulieren)
- Bijdrage Rijk voor SOA-bestrijding (ca. € 1,4 miljoen)
- Forensische medische expertise diensten voor de politie (ca. € 1,7 miljoen); m.i.v. 2024 georganiseerd in een samenwerkingsmodel met GGD Hart voor Brabant (Centrummodel FG) wat als werkgebied de politieregio Brabant Oost omvat
- Taken op het gebied van jeugdgezondheidszorg (JGZ) (ca. € 1,9 miljoen), waaronder contracttaken voor derden (hierbij inbegrepen contracttaken waarbij derden als penvoerder fungeren), RIVM bijdragen voor vaccinaties van kinderen (b.v. RS virus), bijdragen voor hielprikken, entgelden, bijdragen voor JGZ taken met betrekking tot Publieke Gezondheid Asielzoekers (PGA) en opleidingsvergoedingen
- Publieke Gezondheid Asielzoekers (ca. € 0,4 miljoen; met op dit moment nog onzekerheid over de voortzetting hiervan vanaf 2026)

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 infectieziektebestrijding (ca. € 1,4 miljoen in de vorm van een SPUK)
- Overige vergoedingen en bijdragen voor het Centrummodel Forensische Geneeskunde (ca. € 1,0 miljoen waaronder bijdragen t.b.v. Centrum Seksueel Geweld, beschikbaarheid en versterking forensische medische expertise)
- Opdrachten op het gebied van onderzoek, beleid en preventie voor instellingen en bedrijven (ca. € 0,5 miljoen)
- Rijksvergoeding voor de Covid-19 vaccinatiecampagne (in 2025 ca 2,9 miljoen). Continuering in 2026; continuering na 2026 vooralsnog onduidelijk
- Medische arrestantenzorg voor de politie (c. € 0,4 miljoen). Als gevolg van gunning van uitvoering van medische arrestantenzorg door de politie aan een andere partij, voortkomend uit een landelijke aanbesteding, is de verwachting dat deze taken in de loop van 2026 zullen worden beëindigd.

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.

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 geraamd omzetniveau van PG in 2025 tot boven de € 40 miljoen (tot een plafond van € 60 miljoen) voor de Algemene Reserve PG een minimum van € 2,0 miljoen en een maximum van € 2,4 miljoen van toepassing. De Algemene Reserve PG bedraagt einde 2025 naar verwachting ca. € 2,3 miljoen, wat binnen de bandbreedte valt en waarmee aan de criteria voldaan wordt.

De Algemene Reserve AZ bedraagt einde 2025 naar verwachting ca. € 1,9 miljoen. Volgens de staffel uit de 4GR-notitie is bij een omzetniveau in 2025 van boven de 30 miljoen respectievelijk € 1.5 miljoen als minimum en € 2,0 miljoen als maximum van toepassing; met de verwachte stand van de algemene reserve per ultimo 2025 wordt ook aan dit criterium voldaan.

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 de ISO- en NEN-certificeringsschema's.
Bij de aanbieding van de concept-programmabegroting wordt aan het AB jaarlijks ook een actuele financiële risico-inventarisatie voorgelegd.

Bijlage 1 Indicatieve ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijk takenpakket

Indicatieve ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijk takenpakket 2027-2030, obv benoemde uitgangspunten in de kadernota 2027

	# inw.	# inw.	# inw.	# inw.	PCM	# kind.	2027				2028				2029				2030			
						0-4 *)	bijdr p/inw	PCM	0-4 p/kind *	TOTAAL	bijdr p/inw	PCM	0-4 p/kind *	TOTAAL	bijdr p/inw	PCM	0-4 p/kind *	TOTAAL	bijdr p/inw	PCM	0-4 p/kind *	TOTAAL
Gemeente	1-1-2026	1-1-2027	1-1-2028	1-1-2029	2025	1-1-2025	€ 24,199		€ 535,48		€ 24,683		€ 546,19		€ 25,177		€ 557,11		€ 25,680		€ 568,25	
Asten	17.547	17.704	17.864	18.025	17.328	681	424.612	18.557	364.660	807.829	437.003	18.928	371.953	827.884	449.754	19.306	379.392	848.453	462.878	19.693	386.980	869.551
Bergeijk	19.433	19.608	19.785	19.963	18.862	707	470.272	20.200	378.582	869.055	483.995	20.604	386.154	890.753	498.118	21.016	393.877	913.011	512.653	21.436	401.755	935.844
Best	31.937	32.224	32.514	32.807	33.272	1295	772.848	35.631	693.443	1.501.922	795.400	36.344	707.312	1.539.055	818.610	37.070	721.458	1.577.138	842.497	37.812	735.887	1.616.196
Bladel	21.198	21.389	21.581	21.776	20.566	703	512.978	22.024	376.440	911.443	527.946	22.465	383.969	934.381	543.352	22.914	391.649	957.915	559.207	23.372	399.482	982.061
Cranendonck	21.935	22.132	22.331	22.532	20.435	728	530.802	21.884	389.827	942.514	546.291	22.322	397.624	966.237	562.232	22.768	405.576	990.577	578.638	23.224	413.688	1.015.549
Deurne	33.688	33.992	34.298	34.606	33.767	1228	815.236	36.162	657.566	1.508.964	839.025	36.885	670.717	1.546.627	863.508	37.622	684.132	1.585.262	888.705	38.375	697.814	1.624.894
Eersel	20.573	20.758	20.944	21.133	18.103	816	497.839	19.386	436.949	954.175	512.366	19.774	445.688	977.829	527.317	20.170	454.602	1.002.089	542.704	20.573	463.694	1.026.971
Eindhoven	251.295	253.557	255.839	258.142	254.752	8808	6.081.163	272.818	4.716.483	11.070.463	6.258.611	278.274	4.810.813	11.347.698	6.441.237	283.840	4.907.029	11.632.106	6.629.193	289.516	5.005.170	11.923.879
Geldrop-Mierlo	41.132	41.502	41.876	42.252	42.918	1518	995.361	45.962	812.854	1.854.177	1.024.405	46.881	829.111	1.900.398	1.054.298	47.818	845.694	1.947.810	1.085.062	48.775	862.608	1.996.444
Gemert-Bakel	31.818	32.104	32.393	32.685	30.986	1271	769.967	33.183	680.592	1.483.742	792.435	33.847	694.203	1.520.485	815.558	34.524	708.087	1.558.169	839.356	35.214	722.249	1.596.819
Heeze-Leende	17.233	17.388	17.544	17.702	15.447	625	417.019	16.542	334.673	768.234	429.187	16.873	341.367	787.427	441.711	17.211	348.194	807.116	454.600	17.555	355.158	827.313
Helmond	97.409	98.286	99.170	100.063	114.785	3678	2.357.222	122.925	1.969.485	4.449.632	2.426.005	125.384	2.008.875	4.560.264	2.496.796	127.891	2.049.052	4.673.740	2.569.653	130.449	2.090.033	4.790.135
Laarbeek	23.534	23.746	23.959	24.175	22.919	967	569.503	24.544	517.806	1.111.854	586.121	25.035	528.163	1.139.319	603.224	25.536	538.726	1.167.486	620.826	26.047	549.500	1.196.373
Nuenen	24.510	24.730	24.953	25.177	22.699	918	593.114	24.309	491.568	1.108.991	610.422	24.795	501.399	1.136.616	628.234	25.291	511.427	1.164.952	646.565	25.796	521.656	1.194.018
Oirschot	19.722	19.899	20.079	20.259	18.722	722	477.256	20.050	386.615	883.920	491.182	20.451	394.347	905.979	505.515	20.860	402.234	928.608	520.265	21.277	410.278	951.821
Reusel-De Mrdn	13.776	13.900	14.025	14.151	12.572	554	333.366	13.464	296.654	643.484	343.094	13.733	302.587	659.414	353.105	14.008	308.639	675.752	363.409	14.288	314.812	692.508
Someren	20.396	20.579	20.765	20.952	18.555	886	493.566	19.871	474.433	987.870	507.968	20.269	483.921	1.012.159	522.791	20.674	493.600	1.037.065	538.046	21.088	503.472	1.062.605
Son en Breugel	18.293	18.458	18.624	18.792	17.921	735	442.681	19.192	393.576	855.449	455.598	19.576	401.447	876.621	468.893	19.967	409.476	898.336	482.575	20.367	417.666	920.607
Valkenswaard	32.246	32.536	32.829	33.124	30.507	1165	780.320	32.670	623.831	1.436.821	803.090	33.324	636.308	1.472.721	826.524	33.990	649.034	1.509.548	850.642	34.670	662.014	1.547.326
Veldhoven	48.032	48.465	48.901	49.341	45.548	1670	1.162.349	48.778	894.247	2.105.374	1.196.266	49.753	912.132	2.158.152	1.231.173	50.748	930.374	2.212.296	1.267.099	51.763	948.982	2.267.844
Waalre	18.055	18.218	18.381	18.547	18.304	646	436.919	19.602	345.918	802.438	449.668	19.994	352.837	822.498	462.789	20.394	359.893	843.076	476.293	20.801	367.091	864.186
	823.761	**831.175**	**838.655**	**846.203**	**828.967**	**30.321**	**19.934.393**	**887.753**	**16.236.204**	**37.058.350**	**20.516.078**	**905.509**	**16.560.928**	**37.982.515**	**21.114.738**	**923.619**	**16.892.147**	**38.930.503**	**21.730.866**	**942.091**	**17.229.990**	**39.902.946**

*) 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 2 Verloop overige structurele bijdragen gemeenten

Overzicht verloop structurele overige bijdragen gemeenten.

(blauw gearceerd is de specificatie van 2027)

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	Totaal 2029	Totaal 2030
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	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	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	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	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	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	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	0	0
Eindhoven		64.438		55.000	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	144.746	153.256	148.576	145.171	137.698	119.438	120.727	107.041	108.382
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	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	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	0	0
Helmond		32.396			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	27.810	28.908	30.251	31.522	32.396	33.044	33.705	34.379
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	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	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	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	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	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	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	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	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	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**		**93.823**															**170.785**								
TOTAAL 2023		**83.125**		**97.941**																**181.066**							
TOTAAL 2024		**86.408**		**91.076**																	**177.484**						
TOTAAL 2025		**90.423**		**85.000**																		**175.423**					
TOTAAL 2026		**94.221**		**75.000**																			**169.221**				
TOTAAL 2027		**96.834**		**55.000**																				**151.834**			
TOTAAL 2028		**98.771**		**55.000**																					**153.771**		
TOTAAL 2029		**100.746**		**40.000**																						**140.746**	
TOTAAL 2030		**102.761**		**40.000**																							**142.761**

1) Deze bijdrage wordt achteraf afgerekend obv de werkelijke kosten