

Kaderbrief 2027

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.2 Taken van GGDrU, basis in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg)	3
1.3 Relatie tot de veiligheidsregio	3
2. Financieel kader	5
2.1 Uitgangspunten	5
2.2 Bekostigingssystematiek	7
2.3 Doorkijk verwacht financieel effect indexatie	8
3. Ontwikkelingen.....	10
3.1 Een Gezonde en veilige leefomgeving	11
3.2 Kansrijk opgroeien	15
3.4 Langer gezond zelfstandig	16
Bijlage 1 Wettelijke basistaken GGDrU	19

1. Inleiding

Voor u ligt de concept kaderbrief van GGD regio Utrecht (GGDrU) voor het begrotingsjaar 2027. De kaderbrief vormt het startpunt van het proces van begroting en verantwoording.

In maart 2026 zijn de verkiezingen voor de gemeenteraad. In 2026 is er dus een nieuw bestuur dat via de bestuursagenda 2027-2031 aan gaat geven welke hoofdlijnen, aandachtspunten en prioriteiten zij voor GGDrU ziet in de komende jaren. In deze kaderbrief wordt voor 2027 dan ook geen nieuw beleid voorgesteld. Wel worden de ontwikkelingen geschetst die GGDrU verwacht in het jaar 2027. Deze dienen als kader en basis voor het uitwerken van de begroting 2027.

Zienswijze

De gemeenteraden worden in de gelegenheid gesteld om hun zienswijze over de algemene financiële en beleidsmatige kaders in de kaderbrief naar voren te brengen. Alle zienswijzen worden betrokken bij het opstellen van de begroting van 2027.

De (ontwerp)begroting 2027 zal begin april 2026 eveneens voor zienswijze aan gemeenteraden worden gezonden. De gemeenteraden hebben op deze manier twee momenten om invloed uit te oefenen op de ontwikkeling van GGDrU.

1.2 Taken van GGDrU, basis in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg)

Het college van burgemeester en wethouders heeft op basis van de Wpg (art. 2 lid 1) als taak: het bevorderen van de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming daarvan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

Taken die bij de Wpg zijn opgedragen aan de colleges van burgemeester en wethouders worden door de regionale gezondheidsdienst i.c. GGDrU uitgevoerd (art. 14 lid 1 Wpg). Voor de uitvoering van jeugdgezondheidszorg hebben gemeenten een keuzemogelijkheid; de uitvoering moet worden belegd bij een gekwalificeerde instantie. In regio Utrecht hebben gemeenten (met uitzondering van de gemeente Utrecht) ervoor gekozen om deze taak gezamenlijk te beleggen bij GGDrU. Zie de bijlage voor een toelichting op het takenpakket van GGDrU.

1.3 Relatie tot de veiligheidsregio

De relatie tussen GGDrU en de Veiligheidsregio Utrecht (VRU) is bijzonder. Alleen al op grond van de verplichtingen uit de Wet veiligheidsregio's (Wvr) en de Wet publieke gezondheid (Wpg) kennen GGDrU en VRU een nauwe samenwerking.

De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is op basis van genoemde wetgeving ambtelijk leidinggevende van zowel de GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio), organisatieonderdeel bij de VRU (Veiligheidsregio Utrecht), als van GGDrU. Bij omvangrijke crises en rampen, zoals bijvoorbeeld de coronapandemie, is er een zelfstandige wettelijke bevoegdheid voor de DPG en de voorzitter van de VRU, als het gaat om publieke gezondheid.

Als directeur GHOR en directeur GGD is de DPG in tijden van crises een belangrijke functionaris binnen de Veiligheidsregio met een coördinerende, bewakende en adviserende taak in het geneeskundig netwerk. Daarmee worden de domeinen veiligheid,

openbaar bestuur en publieke gezondheid verbonden. De DPG werkt daarbij nauw samen met de desbetreffende burgemeester of voorzitter van de Veiligheidsregio in geval van opschaling. Om te borgen dat de GHOR ook op directieniveau binnen de VRU inbreng heeft, is de DPG lid van het directieteam van de VRU.

2. Financieel kader

In dit hoofdstuk worden specifiek de uitgangspunten en begrotingssystematiek vermeld die als basis dienen voor het uitwerken van de begroting 2027. De uiteindelijke cijfermatige effecten van kaderstelling, feitelijk de rekenexercitie waarmee onder meer de inwoner- en kindbijdrage wordt bepaald, volgt bij het maken van de begroting 2027.

2.1 Uitgangspunten

Hieronder worden de uitgangspunten opgesomd die gehanteerd worden voor het opstellen van de begroting.

Algemeen

1. De begroting en verantwoording worden opgesteld conform de richtlijnen uit het Besluit Begroting en Verantwoording provincies en gemeenten (BBV) en andere financiële wetgeving.
2. Om zoveel mogelijk recht te doen aan de verschillende financiële opgaven van de 26 gemeenten staan soberheid en doelmatigheid voor de Kaderbrief en Begroting centraal.
3. GGDrU draagt zorg voor een actuele tarievenlijst per begrotingsjaar. Deze tarievenlijst wordt bijgesteld als er wijzigingen zijn in de loon-, premie- en prijsontwikkeling. De tarieven worden in principe tweemaal per jaar geactualiseerd, te weten per 1 januari en per 1 juli van een begrotingsjaar.
4. De begroting wordt inclusief BTW opgesteld. De gemeenten krijgen na afloop van het begrotingsjaar een opgave van het bedrag aan BTW dat kan worden doorgeschoven naar het BTW-compensatiefonds.
5. De loonkosten worden begroot op de verwachte loonkosten voor het betreffende boekjaar.
6. Er wordt geen rente toegerekend aan het eigen vermogen.
7. De begrote rentelasten zijn gebaseerd op de aanwezige leningenportefeuille.
8. Voor de vaststelling van de inwonerbijdrage voor de gemeenten wordt uitgegaan van het aantal inwoners op de stand per 1 januari 2025. Als bron hiervoor wordt het CBS gehanteerd. Er vindt gedurende het begrotingsjaar geen bijstelling plaats op basis van het werkelijk aantal inwoners per 1 januari 2027.
9. Voor vaststelling van de kindbijdrage voor de gemeenten wordt uitgegaan van het aantal kinderen in de leeftijd 0 tot 18 jaar op de stand per 1 januari 2025. Als bron hiervoor wordt het CBS gehanteerd. Er vindt gedurende het begrotingsjaar geen bijstelling plaats op basis van het werkelijk aantal kinderen per 1 januari 2027.
10. De omvang van de intensivering basistaken en maatwerk in de begroting 2027 is gebaseerd op een inschatting. Voor deze inschatting wordt gebruik gemaakt van de gegevens over 2026, zoals deze in de maand januari 2026 bij GGDrU bekend zijn. De uiteindelijke werkelijke afname van intensiverings- en maatwerktaken voor het boekjaar 2027 kan dus afwijken van de bedragen, zoals nu wordt voorzien.

In het laatste kwartaal van 2026 vindt afstemming plaats tussen elke afzonderlijke gemeente in de regio Utrecht en GGDrU over de concrete invulling van maatwerkafspraken betreffende het begrotingsjaar 2027. GGDrU werkt binnen haar mogelijkheden mee om de invulling van de maatwerkafspraken te laten aansluiten bij de behoeftestelling van de betreffende gemeente. De invulling (zowel financieel als niet-financieel) wordt vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst tussen de betreffende gemeente en GGDrU. Eventuele wijzigingen in de maatwerkafspraken worden in een begrotingswijziging technisch verwerkt.

11. In de begroting 2027 worden alleen bestuurlijk genomen besluiten verwerkt, voor zover deze vóór 1 februari 2026 zijn vastgesteld. Alle bestuurlijke besluiten, die na deze datum worden vastgesteld, worden via een begrotingswijziging in de begroting 2027 verwerkt.

Loonontwikkeling

12. Voor de loonontwikkeling wordt de cao-wijziging en de premieontwikkeling van het werkgeversdeel (pensioen- en sociale premies) als uitgangspunt genomen. In geval er nog geen cao bekend is, dan wordt het loongerelateerde deel geïndexeerd met de percentage 'loonvoet sector overheid', zoals opgenomen in de meest recente circulaire van het gemeentefonds. Zodra daarna een nieuwe CAO bekend is, wordt een eventueel verschil tussen het toegepaste indexeringspercentage en het indexeringspercentage conform de nieuwe CAO meegenomen in de eerstvolgende op te stellen begroting(swijziging).
13. Loon- en/of premie-ontwikkelingen die nog niet zijn meegenomen in de begroting 2027 maar die wel betrekking hebben op het begrotingsjaar 2027 en latere jaren, worden via een begrotingswijziging op de begroting 2027 ter besluitvorming aan het algemeen bestuur voorgelegd. Dit nadat de zienswijze procedure is doorlopen, conform de Gemeenschappelijke Regeling GGDrU.

Prijsontwikkeling

14. Voor de prijsontwikkeling wordt uitgegaan van de 'Prijs Bruto Binnenlands Product (pbbp)', zoals deze staat vermeld in de meest recente circulaire van het gemeentefonds ten tijde van het opstellen van de (ontwerp)begroting.
15. Prijsontwikkelingen die nog niet zijn meegenomen in de begroting 2027 maar die wel betrekking hebben op het boekjaar 2027, worden via een begrotingswijziging op de begroting 2027 ter besluitvorming aan het algemeen bestuur voorgelegd. Dit nadat de zienswijze procedure is doorlopen, conform de Gemeenschappelijke Regeling GGDrU.

Maatwerktaken, taken in opdracht van derden, directe betaling of intensivering van basistaken

16. De indexering voor maatwerktaken, taken in opdracht van derden of taken waarvoor de klant direct betaalt en de intensivering van basistaken vindt plaats conform de kostenopbouw van het betreffende product. Dat betekent dat de loongerelateerde kosten worden geïndexeerd met de cao-wijziging en de premieontwikkeling van het werkgeversdeel (pensioen- en sociale premies) en de materieel gerelateerde kosten met de prijsontwikkeling van het Bruto Binnenlands Product, zoals deze staan vermeld in de meest recente circulaire van het gemeentefonds. Deze cijfers worden berekend door het Centraal Plan Bureau.

In geval er nog geen cao bekend is, dan wordt het loongerelateerde deel geïndexeerd met de percentage 'loonvoet sector overheid', zoals opgenomen in de meest recente circulaire van het gemeentefonds. Zodra daarna een nieuwe cao bekend is, wordt, voor wat betreft de taken die door gemeenten worden afgenomen, een eventueel verschil tussen het toegepaste indexeringspercentage en het indexeringspercentage conform de nieuwe CAO meegenomen in de eerstvolgende op te stellen begrotings(wijziging).

17. Bij het opstellen van een offerte voor een maatwerkopdracht wordt een kostprijs dekkend tarief in rekening gebracht.

Financiële uitgangspunten meerkosten- en overige incidentele financiële regeling

18. GGDrU administreert de extra kosten en vergoedingen (onder meer voortkomend uit de Covid-19-bestrijding en versterking infectieziektebestrijding pandemische paraatheid)) separaat volgens de daarvoor geldende verantwoordingsconstructies uit de betreffende regeling van het Rijk.

2.2 Bekostigingssystematiek

Voor de begroting 2027 worden vooralsnog dezelfde principes voor de bekostigingssystematiek gehanteerd, zoals deze ook voor de begroting 2026 zijn toegepast. Deze principes luiden:

1. Voor de instandhouding van de taken die op het basis en basis-plus niveau worden uitgevoerd wordt aan de deelnemende gemeenten een inwonerbijdrage dan wel een kindbijdrage doorberekend, uitgezonderd Toezicht Kinderopvang (op tariefbasis) en een deel van de Forensische Geneeskunde (lijkschouw) (deel op tarief per verrichting);
2. Voor de uitvoering van de taken die op het intensiveringniveau worden uitgevoerd alsmede maatwerktaken wordt per afnemende gemeente een prijsafspraken gemaakt, die wordt vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst.

2.3 Doorkijk verwacht financieel effect indexatie

Conform de gestelde uitgangspunten in deze kaderbrief, is voor de inschatting van de gemeentelijke bijdrage in 2027 als basis de op 9 juli 2025 vastgestelde begroting 2026-0 gebruikt.

Vervolgens is een inschatting gemaakt van de verwachte indexatie in 2027 (zie kolom 'Schatting index-deel 2027'). Deze schatting is opgebouwd uit drie delen:

- Loonindexering: De huidige cao loopt tot april 2027 en daarna is het nog niet bekend. Hierdoor wordt voor de eerste drie maanden van het jaar 2027 gerekend met de werkelijke cao stijging 1,6% en voor negen maanden gerekend met de loonvoet sector overheid (5,1% in 2027 conform de septembercirculaire 2025, bladzijde 32. Dit komt gemiddeld neer op een indexeringspercentage van 4,23%.
- Verder is een correctie index van -/-2,46% opgenomen. In begroting 2026-0 werd nog gerekend met een loonvoet sector overheid van 3,8% op basis van de septembercirculaire 2024, terwijl lonen vanuit de vastgestelde cao gemiddeld stijgen met 1,34% in 2026. Hiervan is een deel de nominale stijging van 35 euro per maand en vanaf juli 2026 stijgen de lonen met 1,25%.
- Voor wat betreft de inschatting van de mutatie in de sociale verzekeringspremies en de pensioenpremies is de aanname gedaan dat de SV-premies in 2027 gelijk zijn aan degene die zijn gehanteerd in begroting 2026-0 en dat de pensioenpremies gelijk blijven o.b.v. de ABP-prognose.
- Er is gerekend met het prijsindexcijfer (prijs bruto binnenlands product, pbbp) voor 2027 van 2,5% uit de septembercirculaire 2025. Verder is een correctie index van -/-0,1% opgenomen aangezien in begroting 2026-0 nog werd gerekend met een pbbp van 2,6% op basis van de septembercirculaire 2024 terwijl de pbbp voor 2026 in de septembercirculaire 2025 is bijgesteld naar 2,5%.

Tezamen leidt dit tot een gewogen gemiddelde verwachte indexatie in 2027 van 1,90% wat neerkomt op € 1.124.000. Let op dit betreft een inschatting. Bij de opstelling van de begroting 2027 wordt de feitelijke indexatie berekend.

Tabel 4.2.2 Prijsindexen CPB* MEV 2026 en CEP 2025**

mutaties per jaar in %	2025	2026	2027	2028	2029	2030***
Prijs bruto binnenlands product (pbbp)	3,6	2,5	2,5	2,6	2,5	2,5
Prijs nationale bestedingen (pnb)	3,3	2,4	2,5	2,6	2,5	2,5
Nationale consumentenprijsindex (cpi)	3,2	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2
Loonvoet sector overheid	6,0	2,9	5,1	4,2	4,5	4,5
Prijs overheidsconsumptie, beloning werknemers	6,2	2,6	5,7	4,6	4,3	4,3
Prijs bruto overheidsinvesteringen (iboi)	3,3	2,5	2,5	2,6	2,4	2,4
Prijs overheidsconsumptie, netto materieel (imoc)	2,9	2,4	2,2	2,2	2,3	2,3

* toelichting/ verduidelijking bij de kerngegevens is te vinden op: <https://www.cpb.nl/artikel/toelichting-bij-kerngegevens>

** 2026 is op basis van de MEV 2026, 2025 en 2027 - 2029 is op basis van de CEP 2025

*** cijfers 2029 zijn doorgetrokken naar 2030

Bron: Septembercirculaire 2025, bladzijde 32

Tevens is een inschatting gemaakt van de verwachte volumemutatie in 2027 (zie kolom 'Schatting volume-deel 2027'). Daarvoor is berekend wat de impact is van de wijzigingen in inwoner- en kind aantallen tussen 1-1-24 en 1-1-25.

Zoals aangegeven betreft bovenstaande een schatting op basis van de gegevens die bekend zijn ten tijde van het opstellen van de kaderbrief 2027. De uiteindelijke cijfermatige effecten van kaderstelling, feitelijk de rekenexercitie waarmee onder meer de inwoner- en kindbijdrage wordt bepaald, volgt bij het maken van de begroting 2027.

Gemeente	Aantal inwoners 1-1-2024	Aantal kinderen 1-1-2024	Totale bijdrage 2026-0**	Aantal inwoners 1-1-2025	Aantal kinderen 1-1-2025	Schatting index 2027	Schatting volume 2027	Schatting bijdrage 2027
Amersfoort	161.852	33.622	€ 9.570	163.298	33.476	€ 182	€ -13	€ 9.739
Baarn	25.065	4.746	€ 1.312	25.184	4.741	€ 25	€ 0	€ 1.337
Bunnik	16.108	3.453	€ 858	16.279	3.471	€ 16	€ 5	€ 879
Bunschoten	22.619	5.081	€ 1.272	22.684	5.048	€ 24	€ -5	€ 1.291
De Bilt	43.718	9.219	€ 2.252	43.792	9.197	€ 43	€ -3	€ 2.292
De Ronde Venen	45.813	8.758	€ 2.355	45.921	8.753	€ 45	€ 0	€ 2.400
Eemnes	9.755	1.939	€ 499	9.927	1.912	€ 9	€ -3	€ 505
Houten	50.847	10.974	€ 2.667	50.945	10.773	€ 51	€ -35	€ 2.683
IJsselstein	33.421	6.447	€ 1.594	33.339	6.299	€ 30	€ -27	€ 1.597
Leusden	31.681	6.252	€ 1.614	31.911	6.245	€ 31	€ 1	€ 1.645
Lopik	14.724	2.905	€ 771	14.800	2.903	€ 15	€ 0	€ 786
Montfoort	13.868	2.789	€ 774	13.772	2.730	€ 15	€ -11	€ 777
Nieuwegein	65.971	12.067	€ 3.433	66.788	12.074	€ 65	€ 8	€ 3.507
Oudewater	10.223	1.977	€ 554	10.355	2.001	€ 11	€ 5	€ 570
Renswoude	5.753	1.429	€ 336	5.782	1.402	€ 6	€ -5	€ 338
Rhenen	20.235	4.167	€ 1.022	20.392	4.105	€ 19	€ -10	€ 1.032
Soest	47.682	9.169	€ 2.435	47.999	9.206	€ 46	€ 9	€ 2.491
Stichtse Vecht	65.878	13.215	€ 3.615	66.130	13.160	€ 69	€ -8	€ 3.676
Utrecht *	374.238	n.v.t.	€ 4.007	376.757	n.v.t.	€ 76	€ 15	€ 4.098
Utrechtse Heuvelrug	50.550	9.809	€ 2.508	50.945	9.876	€ 48	€ 15	€ 2.571
Veenendaal	69.440	14.995	€ 3.642	70.352	15.056	€ 69	€ 19	€ 3.730
Vijfheerenlanden	61.669	12.959	€ 3.434	62.554	13.152	€ 65	€ 42	€ 3.541
Wijk bij Duurstede	23.945	4.597	€ 1.164	23.831	4.534	€ 22	€ -12	€ 1.174
Woerden	53.724	11.016	€ 3.012	53.976	10.958	€ 57	€ -8	€ 3.061
Woudenberg	14.637	3.407	€ 843	14.760	3.444	€ 16	€ 8	€ 867
Zeist	66.641	13.527	€ 3.510	66.671	13.394	€ 67	€ -23	€ 3.554
Totaal gemeenten	1.400.057	208.519	€ 59.053	1.409.144	207.910	€ 1.124	€ -35	€ 60.142

* gemeente Utrecht neemt de Jeugdgezondheidszorg niet af

** bedragen x € 1.000,-

Toelichting

Voor de inschatting van de gemeentelijke bijdrage in 2027 is als basis de vastgestelde begroting 2026-0 gebruikt. In kolom 'Schatting index 2027' is een inschatting gemaakt van de verwachte indexatie in 2027. In kolom 'Schatting volume 2027' is een inschatting gemaakt van de verwachte volumemutatie in 2027. Daarvoor is berekend wat de impact is van de wijzigingen in inwoner- en kind aantallen tussen 1-1-24 en 1-1-25. Verder is de aanname gedaan dat er geen verandering plaats vindt in de maatwerk-afname door gemeenten.

3. Ontwikkelingen

In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste ontwikkelingen voor 2027. Het AB heeft in 2023 de bestuursagenda 2023-2027 vastgesteld. Belangrijkste inhoudelijke pijlers die daarbij zijn benoemd zijn:

- Een gezonde en veilige leefomgeving
- Kansrijk opgroeien
- Langer gezond zelfstandig

Naast de inhoudelijke pijlers, is nog een pijler opgenomen gericht op een gezonde en toekomstbestendige bedrijfsvoering:

- Een wendbare en vitale organisatie

We houden deze indeling aan in alle Planning & Control producten. De documenten voor het jaar 2027 gelden hierbij als laatste producten voor de bestuursagenda 2023-2027. In 2026 wordt met het nieuwe bestuur een nieuwe bestuursagenda 2027-2031 vastgesteld.

Voordat de ontwikkelingen binnen de verschillende pijlers worden beschreven, staan we stil bij twee algemene ontwikkelingen: De transformatieopdracht, het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en weerbaarheid.

Versterken van een stevige Kennis en Adviesfunctie

In 2024 heeft het Algemeen Bestuur de opdracht gegeven om aan de slag te gaan met een transformatie van de kennis en adviesfunctie van GGDrU. Vanuit de vraag: hoe zorgen we voor zoveel mogelijke waarde voor gemeenten én daardoor meerwaarde voor de samenleving. Daarvoor zijn drie inhoudelijke opgaven centraal gesteld: de mentale gezondheid van jeugd, de dubbele vergrijzing en het bevorderen van een gezonde en veilige leefomgeving. Door in te zoomen op deze drie domeinen is GGDrU bevestigd in het feit dat een sterke kennis- en adviesfunctie in de regio van essentieel belang is. Praktijk, interne expertise en landelijke kennisbronnen worden samengebracht, zodat gezondheid vanaf het begin een verbindend thema is in beleid en besluitvorming.

Met deze inzet krijgen gemeenten meer grip op publieke gezondheid door feiten en inzicht, snellere lessen wat gezamenlijk werkt in preventie en een gezamenlijk beeld vanuit de data. De komende jaren werkt GGDrU samen met haar bestuur aan een verdere doorontwikkeling en uitwerking van deze ambitie en werkzaamheden.

Een belangrijke stap hierbij is verdere versterking op het gebied van strategisch partnerschap zowel op inhoud als bestuurlijk gebied. Deze ontwikkeling wordt verder toegelicht onder de pijler vitale en wendbare organisatie.

AZWA

De ingezette transformatie ontwikkeling met betrekking tot de kennis en adviesfunctie van de GGD wordt versterkt door de opgaven die opgenomen zijn in het AZWA. Hierin wordt de rol van coördinator aan de GGD toegeschreven op het gebied van de regionale preventie infrastructuur, de regionale kennisinfrastructuur en de ketenaanpakken in de basisfunctionaliteiten. Waarbij de GGD landelijke ambities aan lokale verbindt en vice versa.

Een deel van de afspraken vanuit het AZWA heeft directe gevolgen voor de uitvoerende dienstverlening van GGDrU.

Vanuit het AZWA voorzien we een aantal concrete ontwikkelingen voor GGDrU:

- JGZ-professionals (o.a. verpleegkundigen) en gezondheidsbevorderaars krijgen een stevige rol in inloopvoorzieningen sociaal en gezond en in de verbinding met de eerstelijnszorg en lokale teams
- GGDrU levert via Gezonde School-adviseurs een bijdrage aan preventieprogramma's voor jeugd, met nadruk op mentale gezondheid
- Er wordt verkend of en hoe basisfunctionaliteiten op de leefgebieden kansrijk opgroeien (waaronder Nu Niet Zwanger), gezonde leefstijl, mentale gezondheid, vitaal ouder worden en gezondheidsachterstanden structureel wettelijk verankerd worden bij gemeenten, met de GGD als uitvoerende en coördinerende partij.

De middelen vanuit het AZWA worden hoogstwaarschijnlijk via gemeenten beschikbaar gesteld. De financiële en personele impact wordt in een later stadium in kaart gebracht en verwerkt. Wel is duidelijk dat uitvoering van het akkoord vraagt om een investering in capaciteit en organisatiekracht vanuit de middelen die vanuit AZWA beschikbaar worden gesteld.

Weerbaarheid

Door geopolitieke ontwikkelingen neemt de kans op hybride en militaire dreiging toe. Situaties zoals langdurige stroomuitval en betrokkenheid bij een grootschalig gewapend conflict worden hierdoor steeds denkbaarder. Door het bevorderen van de fysieke én mentale gezondheid van inwoners draagt de GGD bij aan de weerbaarheid op individueel en maatschappelijk niveau. Hierdoor zijn inwoners fysiek én mentaal beter bestand tegen de impact van crises, rampen en andere bedreigingen. Met onze partners worden daarnaast ook de eerste stappen gezet naar weerbare zorg op organisatorisch niveau. Op deze manier zetten we ons in om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg onder alle omstandigheden te borgen. Ook hier is GGDrU afhankelijk van de ontwikkelingen op het gebied van pandemische paraatheid.

3.1 Een Gezonde en veilige leefomgeving

Onzekere financiering Infectieziektebestrijding en Pandemische paraatheid

Toen de coronacrisis op zijn einde liep, besloot het Rijk om flink te investeren in de versterking van zowel de infectieziektebestrijding als de voorbereiding op grootschalige landelijke infectie uitbraken. Aanvankelijk begon deze financiering met twee jaar aan tijdelijke gelden (VIP gelden). Om weerbaar en structureel paraat te zijn voor een volgende pandemie, maar ook om de basis weer op orde te krijgen binnen de infectieziektebestrijding is structurele financiering essentieel. Structurele versterking vanuit het Rijk is echter onzeker en incidentele financiering is er tot 2028. GGDrU heeft in 2024 ervoor gekozen om de VIP gelden in te zetten op een wijze die bredere voorbereiding op crises mogelijk maakt. Hierbij hebben we expliciet de afweging gemaakt om voor te bereiden op diverse dreigingen en in de komende tijd anticiperen we op ontwikkelingen rond maatschappelijke weerbaarheid en militaire paraatheid. Mochten de bezuinigingen doorgaan in 2028, gaat veel kennis en mensen verloren. Dit heeft grote gevolgen voor de paraatheid voor zowel acute als sluimerende/langdurige crises en infectieziekte uitbraken in regio Utrecht. Om deze reden blijft GGDrU via GGDGHORNL zich ervoor inzetten om zekerheid te krijgen vanuit het Rijk over de financiering na 2028.

Pandemische Paraatheid- Informatievoorziening (PP-IV)

De coronacrisis liet ook zien dat de data en goed functionerende informatievoorzieningssystemen niet voldoende op orde waren. Deze systemen zijn

essentieel voor de basis infectieziektebestrijding én voor een crisis. Sinds de coronacrisis heeft VWS opdracht gegeven om te werken aan een nieuw verbeterd systeem via het Programma Pandemische Parate IV. Hierbij wordt er gewerkt aan een nieuw IV landschap. Met de herstart van dit landelijke programma op basis van het AcICT advies zijn ambities en beschikbaar budget naar beneden bijgesteld. Een meerjarige landelijke financiële dekking voor de IV systemen is nog niet gerealiseerd. Temporisering en prioritering van werkzaamheden om te komen tot Pandemische Parate IV, is een risico voor de informatievoorzieningen tijdens infectieziekte uitbraken. Er is door VWS gekozen om eerst de basis op orde te brengen voor het IV landschap waardoor de opgeschaalde en pandemische functionaliteiten (o.a. grootschalig klantcontact, testen) pas in een later stadium ontwikkeld zullen worden met een kwetsbaarheid hiervoor in de tussenliggende periode.

Vaccinatiegraad

De vaccinatiegraad daalt in regio Utrecht helaas tot onder een niveau dat er groepsimmunititeit bereikt kan worden. Om jonge baby's, kinderen en andere kwetsbare inwoners te beschermen, is het van belang om te investeren in het verhogen van deze vaccinatiegraad. Om deze ontwikkeling te keren is in 2024 en 2025 met eenmalige gelden het programma Verhogen Vaccinatiegraad gestart. Met dit programma zetten GGDrU en de gemeenten gezamenlijk in op drie pijlers:

- 1.) Een doelgroepgerichte aanpak gericht op het bereiken van doelgroepen waarbinnen de vaccinatiegraad achterblijft.
- 2.) Het bieden van juiste inzichten voor passend advies door middel van het ontwikkelen van een dashboard om de vaccinatiegraad te monitoren per gemeente, wijk en school.
- 3.) Het optimaliseren van ons eigen JGZ aanbod en processen om het voor ouders zo eenvoudig, aantrekkelijk en laagdrempelig mogelijk te maken om te vaccineren.

Het programma levert aantoonbaar een positieve bijdrage aan het verhogen van de vaccinatiegraad. Op dit moment ontbreekt echter structurele financiering om het programma voort te zetten. In 2025 is financiering toegekend aan de G4 steden, waaronder gemeente Utrecht. Er is echter geen financiering toegekend aan de andere 25 gemeenten in de regio. Hiervoor zoekt GGDrU met haar bestuur naar een oplossing.

Gezonde leefomgeving

Een gezonde leefomgeving vormt een essentiële basis voor welzijn en gelijke kansen op gezondheid. Steeds duidelijker wordt dat factoren in de fysieke leefomgeving – zoals luchtkwaliteit, geluid, groen en veiligheid – direct van invloed zijn op hoe mensen zich voelen en functioneren. Het is belangrijk dat er een omgeving is die gezond gedrag stimuleert, zoals een gezonder voedselomgeving (zeker rondom scholen), wijkaanpakken waarin we kijken naar de behoeften van de inwoners, een beweegstimulerende omgeving, en een plek die aanzet tot ontmoeting.

De Volksgezondheid Toekomstverkenning 2024 (RIVM) benadrukt dat klimaatverandering een steeds grotere impact heeft op de gezondheid, onder andere door hittegolven, luchtverontreiniging en mentale stress als gevolg van extreme weersomstandigheden. Ook de energietransitie vraagt om een kritische blik op nieuwe bouwmaterialen en isolatietechnieken, waarbij gezondheidsrisico's tijdig moeten worden onderkend.

Daarnaast ontvangen zowel GGDrU als de Omgevingsdienst regio Utrecht (ODU) steeds vaker vragen over gezondheidsrisico's in relatie tot milieusituaties. De samenwerking tussen GGDrU en ODU is daarom verder versterkt én structureel geborgd, met als doel gezamenlijk ongezonde ontwikkelingen vroegtijdig te signaleren, kwetsbare locaties en

groepen te identificeren en gezondheid integraal te betrekken bij ruimtelijke en bestuurlijke keuzes.

In lijn met de transformatieopdracht werkt GGDrU in 2027 verder aan een stevige kennis- en adviespositie op dit thema. Daarmee groeit de rol van gezondheid van aandachtspunt naar sturend principe bij het benutten en ontwikkelen van de leefomgeving.

Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG)

Het kabinet is voornemens alle specifieke uitkeringen (SPUKs) met in ieder geval 10% te korten. Deze korting geldt ook al voor 2026 voor de SPUK Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG), inclusief PrEP-zorg (PrEP is medicatie om hiv te voorkomen). Dit betreft consulten voor seksualiteitshulpverlening voor jongeren tot 25 jaar en soa- en PrEP-zorg voor groepen met een hoger risico op soa. VWS heeft inmiddels voor een deel van de korting tijdelijk alternatief budget gevonden, waardoor de bezuiniging netto neerkomt op 4% korting op de SPUK ASG in 2026. Wat dit voor 2027 betekent is nog onduidelijk.

Ook bestaat het voornemen om SPUKs over te hevelen naar het gemeentefonds, waarvan nog onduidelijk is of in dat geval het budget geormerkt is voor de aanvullende seksuele gezondheidszorg. Om de aanvullende seksuele gezondheidszorg te kunnen blijven uitvoeren is allocatie van deze middelen van belang. Zodra hier meer over bekend is, vragen wij gemeenten hier rekening mee te houden in hun begroting. Er volgt een evaluatie om na te gaan of een Bijzondere Fondsenuitkering een passend alternatief kan zijn voor huidige SPUK ASG.

GGDrU krijgt al sinds 2013 een relatief klein aandeel van het landelijke budget voor de ASG en moet daardoor veel mensen verwijzen naar de huisarts of andere zorgaanbieders voor soa-testen en PrEP. Vóór de komst van het huidige kabinet heeft VWS toegezegd te werken aan een herverdeling van middelen, te verwachten op zijn vroegst per 2027. RIVM heeft de opdracht gekregen om een advies uit te brengen aan VWS over een toekomstige verdeelsleutel.

Relationele en Seksuele Vorming

Scholen in de regio Utrecht worden door GGDrU ondersteunt bij het vormgeven van relationele en seksuele vorming (RSV). GGDrU traint schoolmedewerkers, geeft ouderavonden en adviseert over borging in beleid. Afgelopen jaren maakt de maatschappelijke betrokkenheid en onrust bij dit thema dat de rol van de GGD essentieel is om RSV op de schoolagenda's te houden en scholen en ouders op passende wijze te ondersteunen. Deze werkzaamheden worden tot in 2025 gefinancierd uit de ASG, gemeentelijk maatwerk en de landelijke Gezonde School stimuleringsregeling Relaties & Seksualiteit. Echter biedt de SPUK ASG geen ruimte meer om scholen te ondersteunen. Dit vraagt om in samenspraak met scholen en gemeenten te werken aan adequate dienstverlening in de toekomst.

Cijfers laten zien dat juist bij de jeugd winst te behalen is. Minder dan de helft (46%) van de jongeren vindt het normaal als twee vrouwen of twee mannen verliefd op elkaar zijn. In 2019 was dat nog 71% (Jeugdmonitor GGDrU, 2023). Het gebruik van anticonceptie en condooms neemt af en het aantal jongeren dat seksuele grensoverschrijding meemaakt neemt toe (Seks onder je 25°, Rutgers en Soa Aids Nederland, 2023). Onderzoek laat zien dat jongeren minder risico's lopen op onbedoelde zwangerschap, soa en seksuele grensoverschrijding als ze tijdig en passende (brede) relationele seksuele vorming krijgen.

Met de afnemende financiën is het niet mogelijk dezelfde dienstverlening te blijven bieden vanuit GGDrU. Gezien de preventieve werking van passende relationele seksuele vorming en het belang dit onder de aandacht van scholen en jongeren/ouders te blijven houden gaat GGDrU hierover graag in gesprek met gemeenten en scholen.

Toezicht Wmo

De toezichthouders Wmo van GGDrU voeren inspecties uit bij de Wmo-aanbieders (zorginstellingen, welzijnsorganisaties en ambulante dienstverlening aan huis) om te zien of deze voldoen aan de kwaliteits- en veiligheidseisen van de wet en adviseren gemeenten over het toezicht en de handhaving op de Wmo. We hebben aandacht voor de bekendheid van Wmo toezicht en het verstevigen van onze onafhankelijk positie. Dit door bijvoorbeeld meer te gaan werken met data gedreven jaarplannen en het outreachend ophalen van signalen.

Landelijk is er bij diverse partijen grote aandacht voor ondermijning in de zorg (o.a. ministerie, RIEC en de veiligheidsafdelingen van diverse gemeenten). Helaas is deze trend ook voor ons zichtbaar in de inspecties die we doen. Onze kennis en kunde wordt gevraagd in deze complexe samenwerkingsstructuur en daar zetten we dan ook op in. Ook samenwerking met andere toezichthoudende instanties, waaronder gemeentelijke toezichthouders, de IGJ en andere GGD-en blijft onze aandacht houden.

Toezicht kinderopvang

GGDrU toetst jaarlijks de kwaliteit van Kinderopvang bij 100% van de kinderdagverblijven, buitenschoolse opvang, gastouderbureau's en vroeg- en voorschoolse educatie; en jaarlijks bij 50% van de gastouderopvang. Ontwikkelingen waar we rekening mee moeten houden is het mogelijk (bijna) gratis maken van de kinderopvang in 2029. Wanneer dit doorgang vindt, heeft dit ook gevolgen voor een toename van toezicht.

Forensische geneeskunde

De afgelopen jaren is geïnvesteerd in het opschalen van de forensische geneeskunde naar de politieregio's. GGDrU voert sinds 1 januari 2024 alle verrichtingen binnen politieregio Midden-Nederland uit (ook voor GGD Gooi en Vechtstreek en GGD Flevoland). Deze opschaling had als doel de kwaliteit, beschikbaarheid en organisatie van forensische geneeskunde te verbeteren. Een doorslaggevend argument is om op die manier efficiënter om te kunnen gaan met schaarse capaciteit van forensisch artsen.

Op enkele plekken in het land blijkt de schaarse capaciteit nog steeds tot knelpunten te leiden. De GGD'en hebben daarom de handen ineengeslagen, om een verdere opschaling bijvoorbeeld landelijke coördinatie en regie, verder uit te werken. Om ook in de toekomst een stevige, betrouwbare en kwalitatief hoogstaande forensisch geneeskunde te kunnen bieden in heel Nederland.

Tuberculosebestrijding

De belangrijkste taken van de afdeling tuberculosebestrijding zijn voorkomen, opsporen en behandelen van tbc, uitgevoerd door GGD'en en in samenwerking met ketenpartners als Rijksinstituut voor Gezondheid en Milieu (RIVM), Koninklijk Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding ter tuberculose (KNCV), Centraal Orgaan Asielzoekers (COA), Penitentiaire Inrichting (PI), laboratoria, Ziekenhuizen en huisartsen. De GGD-en zijn volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) verantwoordelijk voor de bestrijding van tuberculose. De 25 GGD'en in Nederland werken daarbij samen in vier regionale expertisecentra (REC).

GGD regio Utrecht werkt samen binnen Regionaal Expertise Centrum Noord West 7 (REC NW7). Om onze samenwerking duurzaam te borgen, werken we hierin samen rond thema's zoals opleiding, detachering van personeel en het delen van expertise. Het doel is deze samenwerking verder te versterken en, waar nodig, formeel vast te leggen, zodat alle partijen inzicht hebben in de inzet en rolverdeling.

3.2 Kansrijk opgroeien

Wijzigingen in het Rijksvaccinatieprogramma

Via het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) kan de JGZ alle kinderen gestructureerd vaccineren, wat bijdraagt aan een effectieve bescherming tegen infectieziekten. Een voorbeeld is de RS-immunisatie, die vanaf het najaar 2025 aan jonge baby's wordt aangeboden. Het Rijksvaccinatieprogramma ontwikkelt zich voortdurend in lijn met de meest recente wetenschappelijke inzichten. De veranderingen in het vaccinatieschema zijn sinds 2024 in gang gezet en vragen in ieder geval tot 2030 onze blijvende aandacht. De aanpassingen in het Rijksvaccinatieprogramma, wegens onze wettelijke taak voor het uitvoeren van het RVP onvermijdelijk, hebben directe gevolgen voor de publieke gezondheid en brengen zowel financiële en organisatorische consequenties met zich mee. Voor het uitvoeren van de RVP-wijzigingen zijn er implementatiekosten direct toegekend aan de GGD. Het ministerie van VWS heeft daarnaast voor de periode 2025 tot en met 2029 een eenmalig bedrag van €2,3 miljoen toegevoegd aan het gemeentefonds.

In 2027 vaccineren we twee geboortecohorten als inhaalgroep. Door de samenloop van meerdere wijzigingen krijgen kinderen in 2027 onderaan de streep één vaccinatie meer dan gebruikelijk. Hiervoor moet een nieuw proces worden ingericht. Een nauwkeurige kosteninschatting is op dit moment nog niet mogelijk. Wel is een deel van de implementatiegelden geormerkt om dit proces te ondersteunen en om vaccineren laagdrempeliger te maken met het oog op het verhogen van de vaccinatiegraad.

Mentale gezondheid en collectieve preventie

In 2027 ontwikkelt de GGDrU zich verder als strategische kennis- en adviespartner vanuit de transformatieopdracht uit 2025. De mentale gezondheid van jeugd is één van de opgaven, waarop we ons doorontwikkelen als die partner, data slim bundelen en ontsluiten en gezamenlijk leren in de regio. Zo wordt bijvoorbeeld Gezonde School een kerninstrument waarmee we gezinnen en buurten versterken, en bundelen we de krachten met gemeenten, scholen, jeugdzorg, huisartsen en welzijnsorganisaties om normaliseren op populatieniveau vorm te geven. Er worden middelen aangetrokken of vrijgemaakt om dit proces in 2027 (en verder) voort te zetten.

Verkleinen gezondheidsverschillen en vergroten kansengelijkheid

Vroegsignalering, preventieve interventies en lichte vormen van opvoedondersteuning dragen bij aan het gezond en veilig laten opgroeien van kinderen en het terugdringen van kansenongelijkheid. Juist in een tijd waarin gezondheidsverschillen onder jeugdigen toenemen, is het van groot belang om preventieve zorg stevig en structureel te borgen. In het rapport 'Jeugdgezondheidszorg nu nog toegankelijk voor ieder kind' heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2025) haar zorgen geuit over de continuïteit van een gelijke toegang en een passend aanbod van Jeugdgezondheidszorg, met name voor kinderen en gezinnen in kwetsbare omstandigheden.¹ De financiële situatie waarin gemeenten zich bevinden, onder andere met het oog op het ravijnjaar in 2028, en

¹ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, *Jeugdgezondheidszorg nu nog toegankelijk voor ieder kind: Rapport naar aanleiding van toezicht bij de jeugdgezondheidszorgorganisaties*, mei 2025.

beperkte structurele financiering van het preventieve aanbod voor kinderen en gezinnen in kwetsbare situaties, maakt het risico reëel dat juist de meest kwetsbare groepen minder bereikt worden.

Om te voorkomen dat juist de meest kwetsbare groepen minder bereikt worden, is het belangrijk om in gezamenlijkheid te kijken naar de collectivisering van interventies die zich richten op kinderen en gezinnen in kwetsbare omstandigheden, zoals Stevig Ouderschap.

Nu Niet Zwanger

Overall wonen mensen die (tijdelijk) in een kwetsbare situatie zitten en te maken hebben met bijvoorbeeld psychiatrische problemen, schulden, armoede, verslaving en/of huiselijk geweld. Door de inzet van Nu Niet Zwanger (NNZ) verkennen hulpverleners en medische professionals de kindervens van hun cliënten die in een dergelijke situatie zitten, en bieden ze daar passende zorg bij. Hierdoor worden cliënten niet overvallen door een onbedoelde zwangerschap. Dit voorkomt leed en heeft ook een positief effect op maatschappelijke kosten.

GGDrU voert NNZ uit sinds 2020 in Utrecht en Amersfoort en sinds 2023 in alle 26 gemeenten. De afspraken hiervoor zijn vastgelegd in een regionale samenwerkingsovereenkomst. Deze eindigt per 1 januari 2027. Daarom neemt het Algemeen Bestuur van GGDrU binnen afzienbare termijn een besluit over een voorstel om NNZ te continueren vanaf 2027 via de inwonerbijdrage.

NNZ is als basisfunctionaliteit opgenomen in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Daarmee moet NNZ vanaf 2026 in elke regio of gemeente structureel ingevuld en beschikbaar zijn voor inwoners. Vanaf 2026 zijn hier middelen hiervoor gereserveerd in de rijksbegroting. Deze middelen vanuit AZWA komen in 2026 en 2027 als aanvulling op de SPUK GALA middelen voor Kansrijke Start. Voor de uitvoering van NNZ is budget gereserveerd in de begroting van VWS. Deze middelen komen naar gemeenten en dienen t.z.t. gealloceerd te worden voor NNZ. Op dit moment is nog niet duidelijk welke verdeelsleutel voor de middelen van VWS wordt toegepast en of de middelen specifiek voor NNZ geormerkt zijn. Meer informatie daarover wordt eind 2025 verwacht.

3.4 Langer gezond zelfstandig

Gezondheid en veiligheid, ontwikkeling Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

GGDrU voert voor twaalf gemeenten in de regio het Meld- en Adviespunt Bezorgd (MAB) uit. Daarnaast leveren wij aanvullende diensten, waaronder ondersteuning bij Woonhygiënische problematiek en het afhandelen van Wvggz-aanvragen. Voor drie gemeenten verzorgt GGDrU ook de procesregie bij VIA-trajecten (Voorkomen van woninguitzetting).

De afgelopen periode is een duidelijke stijging zichtbaar in zowel het aantal meldingen als de complexiteit van de casuïstiek, die steeds vaker meervoudig van aard is. Deze ontwikkeling onderstreept de noodzaak om de dienstverlening toekomstbestendig in te richten en te investeren in een duurzame, flexibele en kwalitatief hoogwaardige regionale infrastructuur voor het MAB.

Daarom werkt GGDrU nauw samen met de twaalf betrokken gemeenten om tot een gedegen dienstverleningspakket voor een periode van vier jaar te komen. Daarbij is gekozen voor een stabiele financieringsstructuur zodat beide partijen tijdig weten waar zij aan toe zijn en continuïteit en kwaliteit van dienstverlening gewaarborgd kan worden.

Onderdeel van de afspraken is de versterking en verdere borging van de kennis- en adviesfunctie.

Daarnaast volgt GGDrU actief de gevolgen van relevante wetsontwikkelingen. Het gaat onder meer om de consultatie van de Wet zorg en dwang (Wzd), waarbij wordt onderzocht of bijbehorende taken bij het MAB kunnen worden belegd om regie en afstemming te versterken. Ook wordt toegewerkt naar de inwerkingtreding van de Wet aanpak meervoudige problematiek in het Sociaal Domein (WAMS).

Gezondheidsbevordering

Team gezondheidsbevordering krijgt de afgelopen jaren steeds vaker maatwerkopdrachten waarbij GGDrU wordt gevraagd een coördinerende rol te vervullen. Dit betreft onder meer vraagstukken rondom de inrichting van ketenaanpakken (IZA/GALA) en de opbouw en coördinatie van een preventie-infrastructuur (AZWA). In deze context heeft GGDrU zich ontwikkeld tot een verbindende partij tussen het sociaal en medisch domein. De organisatie breidt haar expertise verder uit om een stevig verankerde positie te verwerven, zodat publieke gezondheid structureel geborgd wordt binnen de driehoek van het sociaal domein, het publieke gezondheidsdomein en het medisch domein.

Nieuwe wet suïcidepreventie

Vaak leidt een complex samenspel van factoren tot een suïcide. Gezamenlijke én structurele inspanning is nodig om suïcide te voorkomen en mentale gezondheid te bevorderen. Daarom treedt per 1 januari 2026 treedt de Wet Integrale Suïcidepreventie in werking. Hiermee wordt suïcidepreventie verankerd in de Wet Publieke Gezondheid en krijgen gemeenten de opdracht om hierop lokaal beleid te ontwikkelen, als onderdeel van het gezondheidsbeleid. GGDrU ondersteunt en adviseert de gemeenten rondom gezondheidsbeleid, dus ook rond suïcidepreventie. GGDrU is hierbij adviseur voor gemeenten over de aanpak, en voorziet gemeenten van kennis uit onderzoeken en informatie die wij in ons werk vergaren. De kennis en ervaring van de GGD is voor gemeenten onmisbaar bij het vormgeven en uitvoeren van een lokale aanpak suïcidepreventie.

Publieke gezondheid asielzoekers (PGA) en statushouders

Ondanks de onzekerheid rond het voortbestaan van de Spreidingswet, is een aantal gemeenten bezig met het realiseren van langdurige opvang. Zolang GGDrU een wendbare en vitale organisatie kan zijn, is meebewegen en anticiperen op de politieke en maatschappelijke ontwikkelingen mogelijk.

Om de gezondheid van statushouders te bevorderen kan GGDrU een programma van voorlichtingen aanbieden. Dit bestaat uit vier modules: Gezondheidszorg in Nederland, Stress en ontspanning, Seksuele gezondheid en Gezond leven. Streven is om dit in 2027 meer in te zetten, maar dit vraagt intensievere aandacht en inzet van GGDrU in samenwerking met gemeenten.

Onderzoek

In het kader van onze kennis- en adviesfunctie brengt de GGD de gezondheidssituatie en beïnvloedende factoren in kaart. Gemeenten hebben daarbij steeds vaker behoefte aan meer context en duiding van de cijfers om gericht beleid te kunnen ontwikkelen. Daarom voeren wij verdiepend kwalitatief onderzoek uit, vaak via maatwerkonderzoek of externe financiering. Dit onderzoek helpt het verhaal achter de cijfers te begrijpen, biedt concrete handvatten voor beleid en maakt het mogelijk om doelgroepen te bereiken die

via vragenlijsten moeilijk te bereiken zijn. Zo draagt het bij aan het verkleinen van gezondheidsverschillen en aan beleid dat beter aansluit bij inwoners.

Kwalitatief onderzoek vormt binnen de GGDrU een waardevolle aanvulling op kwantitatieve data en versterkt zowel de signalerende als de adviserende functie van de GGD. Het verrijkt onze beleidsadvisering met inzichten uit ervaringen, belevingen en behoeften van inwoners. Gezien de toenemende vraag willen dit onderzoek uitbreiden en verbeteren, onder meer door processen, methoden en werkmaterialen beter te beschrijven en te borgen. Daarnaast wil GGDrU haar kennis- en adviesfunctie richting gemeenten verder versterken.

Een belangrijk middel hierbij is de GezondheidsAtlas, die zich ontwikkelt van databank tot een breed kennisplatform dat data inzichtelijk maakt, cijfers duidt, kwalitatief onderzoek integreert en inzicht biedt in de voortgang van beleidsprogramma's. De GezondheidsAtlas heeft de potentie om hét centrale kennisknooppunt te worden waar gemeenten snel en betrouwbaar toegang hebben tot cijfers, duiding en kennis — een directe versterking van onze gezamenlijke kennis- en adviesfunctie.

3.5. Vitale en wendbare organisatie

Informatievoorziening

We zien een toenemende vraag naar integrale adviezen. Daarvoor is het nodig dat we data goed aan elkaar kunnen verbinden en dat deze data van hoge kwaliteit zijn. Daarvoor zijn een stevige data-infrastructuur en -governance nodig. Dit vraagt om gerichte investeringen en keuzes op alle niveaus in de organisatie. GGDrU beweegt daarnaast in tal van regionale en landelijke verbanden waarbij toenemende vraag is om actuele data uit te wisselen. Ook gaat het aantal initiatieven dat gebruikmaakt van AI toenemen. De komende jaren wordt het gezondheidsinformatiestelsel (VWS) verder uitgerold, waar bijvoorbeeld Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO's) onderdeel van zijn. De beweging naar strategische positionering van informatievoorziening wordt dan ook verder bestendig.

Het toekomstbestendig houden van de informatievoorziening vraagt continu aandacht, omdat zowel technologie als wet- en regelgeving snel ontwikkelen. Ook cybersecurity is van groot belang vanwege de gevoeligheid van de gegevens waar GGDrU mee werkt. Belangrijke pijlers hierbij zijn het effectief omgaan met risico's en informatiebeveiliging, waarbij onder andere wordt ingezet op digitaal leiderschap en duurzame gedragsverandering van medewerkers. GGDrU beoogt zich sterk ten opzichte van leveranciers te positioneren en slim samen op te trekken met andere GGD'en of regionale partners. Zo kan de GGDrU zich effectief en toekomstbestendig ontwikkelen.

Huisvesting gebaseerd op goede dienstverlening

Conform het akkoord van het AB in mei 2025 over de uitgangspunten voor de toekomst van onze JGZ locaties (kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid en gebaseerd op cijfers) blijven we gezamenlijk met de gemeentes optrekken bij vraagstukken omtrent onze huisvesting. We brengen goed in kaart wat de huidige situatie is maar ook of een locatie nog toekomstbestendig is. Dit kan te maken hebben met veranderingen in de omgeving van de locatie (verjonging, vergrijzing, nieuwbouw), bereikbaarheid, kosten, arbo-eisen etc. Keuzes rondom dienstverlening zullen altijd in gezamenlijkheid worden genomen na zorgvuldige afweging van alle belangen.

Doordat we de huidige situatie in kaart hebben gebracht en ook aandacht hebben voor toekomstige ontwikkelingen kan er sneller geschakeld worden bij veranderende huisvestingsvraagstukken.

Kwaliteit

Door een goede positionering van het team kwaliteit kunnen we bouwen aan het versterken van de kennis en adviesfunctie binnen de organisatie. Met oog voor cliëntperspectief, omgeving en leren & verbeteren. Door ook vanuit oogpunt van kwaliteit input te geven op inhoudelijke en procesmatige veranderopgaven en beleidsontwikkeling houden we de koers vast en bekijken we vraagstukken vanuit een breed perspectief.

Transformatie naar een stevige kennis en adviespartner

Gemeenten staan voor complexe maatschappelijke opgaven die vragen om richting en keuzes in het publieke gezondheidsdomein. Zij hebben uitgesproken behoefte aan een strategische adviespartner die meedenkt en koers helpt bepalen. Om hieraan te voldoen heeft het algemeen bestuur in maart 2025 ingestemd met de nieuwe Gezondheidsbevordering-strategie. Deze strategie is gericht op het versterken van de strategische adviesrol, het tegengaan van versnippering, het duurzaam borgen van kennis en het kunnen meebewegen met financiële ontwikkelingen. De implementatie start in 2026 en wordt via evaluaties de komende jaren verder doorontwikkeld. Binnen deze herinrichting worden:

- Strategische adviseurs publieke gezondheid ingezet die gemeenten integraal gaan adviseren om publieke gezondheidsuitdagingen te vertalen naar gericht beleid
- Themaspecialisten die focussen op kennisborging en bij kunnen dragen aan integrale verbinding op thema's
- Gezondheidsbevorderaars jeugd die in de wijk dichtbij de inwoners het netwerk adviseren over gezondheidsbeleid.

Met de veranderende rol van gezondheidsbevordering in de regio verandert tegelijkertijd ook de rol van de accounthouder; deze wijzigt in de strategisch adviseur samenwerking. Deze adviseur fungeert als eerste aanspreekpunt voor gemeenten, en richt zich op het versterken en stroomlijnen van de samenwerking en het bestuurlijke samenspel tussen gemeenten en GGDrU, met aandacht voor de gemeentelijke context, heldere afspraken en een constructieve dialoog. Daarmee wordt gewerkt aan een duurzame versterking van de kwaliteit van de advisering en de samenwerking met gemeenten.

Bijlage 1 Wettelijke basistaken GGDrU

Wettelijke taken o.b.v. Wpg

De wettelijke taakopdracht van de regionale gezondheidsdienst (GGDrU) is het uitvoeren van de bij of krachtens de Wpg aan de colleges van burgemeester en wethouders opgedragen taken (art. 14 lid 1 Wpg). Het gaat expliciet om een uitvoeringsdienst die slechts collegebevoegdheden kan hebben. De bevoegdheden van de gemeenteraad worden niet ondergebracht in GGDrU. Dat kan ook niet, gelet op het feit dat de gemeenschappelijke regeling moet worden getroffen door de colleges van burgemeester en wethouders (art. 14 lid 1 Wpg). Bij een gemeenschappelijke regeling die uitsluitend getroffen is door colleges van burgemeester en wethouders mogen geen raadsbevoegdheden worden overgedragen, ook niet vrijwillig (art. 30 lid 1 Wgr).

De algemene taak van het college van burgemeester en wethouders is het bevorderen van de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming daarvan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (art. 2 lid 1 Wpg). De Wpg verplicht B&W de uitvoering van een groot deel van de werkzaamheden onder te brengen bij de GGD.

Dat zijn de volgende werkzaamheden:

- epidemiologisch onderzoek (art. 2 lid 2 onder a Wpg);
- informatieverzameling voor advisering voor de nota gezondheidsbeleid (art. 2 lid 2 onder b Wpg);
- bewaken van gezondheidsaspecten in beslissingen van het bestuur van de regionale GGD, maar ook in besluiten van de deelnemende colleges van burgemeester en wethouders of de voorstellen die zij aan de raden doen (art. 2 lid 2 onder c Wpg);
- preventieprogramma's en gezondheidsbevordering (art. 2 lid 2 onder d Wpg);
- medisch milieukundige zorg (art. 2 lid 2 onder e Wpg);
- technische hygiënezorg (art. 2 lid 2 onder f Wpg);
- psychosociale hulp bij rampen (art. 2 lid 2 onder g Wpg);
- prenatale voorlichting van aanstaande ouders (art. 2 lid 2 onder h Wpg);
- jeugdgezondheidszorg (art. 5 Wpg);
- ouderengezondheidszorg (art. 5a Wpg);
- infectieziektebestrijding (art. 6 Wpg), waaronder:
 - algemene preventie
 - bestrijden tuberculose
 - bestrijden seksueel overdraagbare aandoeningen
 - bron- en contactopsporing.

De Wpg kent geen verplichting voor het bij de GGD onderbrengen van werkzaamheden rond prenatale voorlichting en het grootste deel van de jeugdgezondheidszorg. Deze werkzaamheden van GGDU hebben wel hun grondslag in de Wpg.

Wettelijke taken op grond van andere wetgeving

In artikel 1.61 Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen is opgenomen dat het college van burgemeester en wethouders de directeur van de GGD als toezichthouder moet aanwijzen ten aanzien van de kwaliteit van kindercentra, de voorzieningen voor gastouderopvang en gastouderbureaus.

Werkzaamheden in opdracht van derden

Daarnaast voert GGDrU ook een aantal taken uit voor derden, die in het verlengde van haar takenpakket liggen. Dit zijn taken in het kader van Publieke Gezondheid Asielzoekers in opdracht van het COA, Forensisch medisch expertise Kindermishandeling (FMEK), Forensisch Medisch Onderzoek algemeen (in opbouw), de TBC-screening en behandeling van gedetineerden in opdracht van de Dienst Justitiële Inrichtingen en ten behoeve van inwoners en bedrijven in de regio, gefinancierd door derden.

Takendriehoek

Afgelopen jaren werd er gewerkt met het productenkwadrant. Het bleek dat deze niet helemaal meer toepasbaar was met de huidige praktijk, daardoor is nu gekozen om het A/B/C-taken model toe te passen per 2027. Dit model is in 2024 geïntroduceerd bij de inventarisatie van het takenpakket voor o.a. het maatwerk. In deze 'driehoek' is in één opslag inzichtelijk gemaakt welke taken GGDrU uitvoert voor haar gemeenten en of ze in het kader van een wettelijke grondslag uitgevoerd worden of niet. Zie figuur 2 voor de uitwerking. In dit model zijn overigens alleen de taken opgenomen, die GGDrU in opdracht van gemeenten uitvoert.

A-taken

GGDrU is een verplichte gemeenschappelijke regeling die verplicht een aantal wettelijke taken voor de 26 gemeenten in het gebied van de veiligheidsregio uitvoert. Dat doet GGDrU namens alle gemeenten, dus als collectief, hoofdzakelijk op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg), maar ook op basis van andere formele wet- en regelgeving, dan wel onder wettelijk aangewezen verantwoordelijkheid van de Directeur Publieke Gezondheid. Deze collectieve verplicht wettelijke taakuitvoering worden de A-taken genoemd.

B-taken

Dit betreft taken die voor gemeenten een wettelijke verplicht uit te voeren zijn, maar niet wettelijk verplicht voor een GGD. Dit zijn voornamelijk taken die alle of vrijwel alle gemeenten bewust gezamenlijk hebben ondergebracht vanwege de benodigde specialisme en kwaliteit alsmede efficiency. Binnen dit pakket bevinden zich ook producten die de 26 gemeenten als collectief op verzoek van het Rijk laten uitvoeren.

C-taken

Ten slotte is het voor gemeenten ook mogelijk om op individuele basis GGDrU taken te laten uitvoeren, zonder dat zij daartoe wettelijk verplicht zijn dit bij GGDrU onder te brengen. Ook hier gaat de individuele gemeente op basis van de gemeenschappelijke regeling een overeenkomst aan met GGDrU. Hiervoor gelden dezelfde regels voor het eventueel als groep van gemeenten doen van een taakverzoek. De afspraken hierover worden sterk bepaald door de wensen van de betreffende gemeente. GGDrU zal wel bij elke overeenkomst nagaan of GGDrU-taakuitvoering aan regels en richtlijnen gebonden is. Ook zal GGDrU vooraf vaststellen of de taakuitvoering past binnen het karakter van GGDrU en op solide wijze kan worden ondersteund. Hier geldt derhalve een zekere mate van vrijheid in gebondenheid.

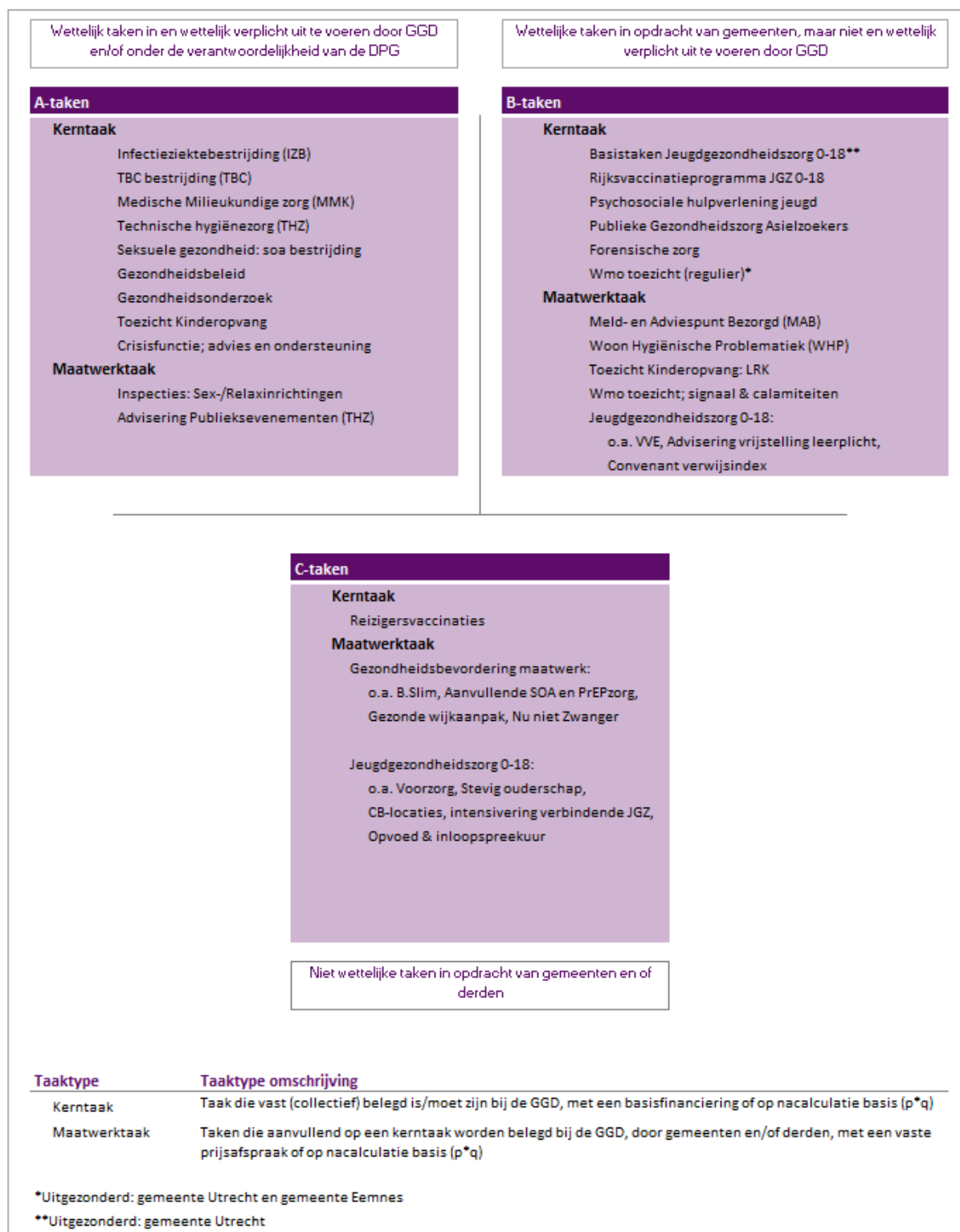
Naast deze driedeling hebben we binnen de categorieën ook nog de tweedeling in het type taak. Hierbij onderkennen wij de kerntaken en de maatwerktaken.

Kerntaken

De kerntaken kennen een vaste basisfinancieringsvorm (inwoner- of kindbijdrage of op nacalculatie o.b.v. prijs x aantal, bijvoorbeeld forensische zorg of toezicht kinderopvang. Dit zijn taken die wettelijk verplicht dan wel niet verplicht wettelijk bij de GGD ter uitvoering horen, maar vrijwel alle gemeenten bewust gezamenlijk hebben ondergebracht vanwege de benodigde specialisme en kwaliteit alsmede efficiency. Binnen dit pakket bevinden zich ook producten die de 26 gemeenten als collectief op verzoek van het Rijk laten uitvoeren.

Maatwerktaken

Dit betreffen taken die aanvullend op een kerntaak afgenomen kunnen worden, door gemeenten en/of derden. De afspraken hierover worden sterk bepaald door de wensen van de betreffende gemeente. GGDrU zal wel bij elke overeenkomst nagaan of GGDrU-taakuitvoering aan regels en richtlijnen gebonden is. Ook zal GGDrU vooraf vaststellen of de taakuitvoering past binnen het karakter van GGDrU en op solide wijze kan worden ondersteund. Hier geldt derhalve een zekere mate van vrijheid in gebondenheid. De financiering vindt meestal plaats op nacalculatie (prijs x aantal), maar heeft in sommige gevallen ook een vaste prijsafspraken.



Figuur 1: Takendriehoek GGDrU

Takenpakket voor de gemeente Utrecht

Bij de fusie van GGDrU (1-1-2014) zijn afspraken gemaakt tussen de gemeente Utrecht en de 25 gemeenten van Midden-Nederland. Die leiden ertoe dat het basispakket voor de gemeente Utrecht anders wordt uitgevoerd. De grootste verschillen zitten in afspraken

rond epidemiologie en gezondheidsbevordering. Dit houdt in dat Utrecht deze taken niet bij GGDrU heeft belegd.