

Kaderbrief 2022

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	3
1.1	Achtergrond.....	3
1.2	Taken van GGDrU, basis in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg).....	4
1.3	Relatie tot de veiligheidsregio.....	4
1.4	Opbouw kaderbrief.....	5
2.	Financieel kader.....	6
2.1	Uitgangspunten.....	6
2.2	Bekostigingssystematiek.....	8
2.3	Doorkijk verwacht financieel effect indexatie.....	9
3.	Ontwikkelingen.....	10
3.1	Bestrijding van het coronavirus.....	10
3.2	Impact coronacrisis op de publieke gezondheid.....	11
3.3	Rijksvaccinatieprogramma.....	12
3.4	Prenatale Huisbezoeken.....	12
3.5	Online dienstverlening jeugdgezondheidszorg.....	13
3.6	Financieringssysteematiek jeugdgezondheidszorg.....	13
3.7	Psychische gezondheid van schoolgaande jeugd.....	14
3.8	Seksuele gezondheid.....	16
3.9	Ontwikkelingen op gebied van gezondheidsbevordering.....	16
3.10	Uitvoering Gezondheidsmonitor jeugd voortgezet onderwijs (GMJ) en monitor jongvolwassen (MJV).....	17
3.11	Ophoging steekproef volwassenen en seniorenonderzoek 2024.....	18
3.12	Nieuwe inburgeringswet per 2022.....	18
3.13	Ombuigingsplan.....	18
Bijlage 1	Wettelijke basis taken GGDrU.....	20

1. Inleiding

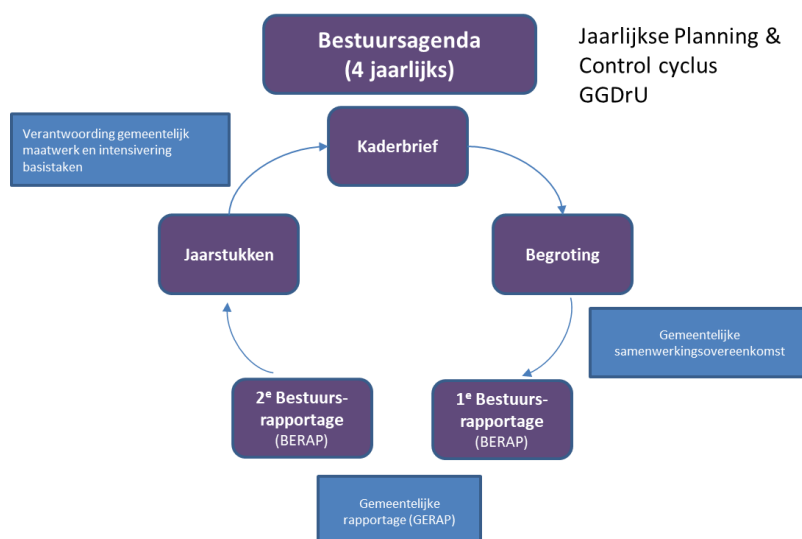
Voor u ligt de kaderbrief van de GGD regio Utrecht voor het begrotingsjaar 2022. Deze kaderbrief komt tot stand in een periode met veel onzekerheden. Ten tijde van het opmaken van de kaderbrief 2022 (oktober 2020) heeft het Corona-virus (COVID-19) Nederland al enige tijd in zijn greep. Sinds eind februari 2020 heeft GGD regio Utrecht (GGDrU) vanuit haar wettelijke taak (Wet publieke gezondheid) op het gebied van Infectieziektebestrijding een grote rol in de bestrijding van het corona-virus.

Impact coronacrisis

De structurele impact van het coronavirus is lastig in te schatten en te onzeker om te vertalen in de cijfers van deze kaderbrief. Het Rijk heeft rechtstreeks aan de DPG-en en via de VNG toegezegd gemeenten niet te korten op het Gemeentefonds wanneer taken die gemeenten bij de GGD hebben belegd en zijn gefinancierd via de gemeentelijke bijdrage door corona niet kunnen worden uitgevoerd door de GGD. Gemeenten hoeven dan ook niet inwoner- en kindbijdragen terug te vorderen bij de GGD wanneer de afgesproken dienstverlening door de GGD door corona niet is geleverd. Voor maatwerk geldt dit niet. Wanneer de GGD door corona niet of minder aan uitvoering van maatwerktaken toe komt doordat medewerkers ingezet zijn op corona werkzaamheden zal GGDrU derhalve het tekort, dat hierdoor ontstaat, als gedeelde inkomsten declareren bij VWS. Gemeenten krijgen dan ook na uitbetaling door VWS de eerder overgemaakte bedragen teruggestort voor dat deel dat niet is geleverd. Deze lijn zal tot nader order en afhankelijk van de ontwikkelingen ook blijven gelden voor het begrotingsjaar 2022. De ontwikkelingen in de corona aanpak en aanwijzingen van het Rijk zijn van grote invloed op de af- en/of opschaling van reguliere processen en de prioriteiten uit de bestuursagenda 2019-2023. De ontwikkelingen zijn moeilijk voorspelbaar en kunnen snel lopen. Met deze kaderbrief worden desalniettemin specifiek de kaders vermeld die bekend zijn en als basis dienen voor het uitwerken van de ontwerp begroting 2022.

1.1 Achtergrond

De kaderbrief vormt het startpunt van het proces van begroting en verantwoording (zie figuur 1).



Figuur 1

De gemeenteraden worden in de gelegenheid gesteld om hun zienswijze over de algemene financiële en beleidsmatige kaders naar voren te brengen. Alle zienswijzen worden betrokken bij het opstellen van de programmabegroting van 2022.

Het algemeen bestuur stelt de kaderbrief in de vergadering van maart 2021 vast en betreft daarbij de zienswijzen die worden ingediend. Op basis van de uitgangspunten in de vastgestelde kaderbrief wordt de ontwerp-begroting 2022 opgesteld. Voordat deze definitief wordt opgesteld wordt deze eveneens voor zienswijzen aan de gemeenten aangeboden. De ontwerp-begroting 2022 zal medio april 2021 eveneens voor zienswijze aan gemeenteraden worden gezonden. De gemeenteraden hebben op deze manier twee gelegenheden om invloed uit te oefenen op de kaderstelling van de bestuurlijke keuzes voor GGD regio Utrecht.

Zo kunnen de 26 gemeenten gezamenlijk hun rol als eigenaar en opdrachtgever van deze GGD invullen.

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

De algemene taak van het college van burgemeester en wethouders op basis van de Wpg 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).

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). De prenatale voorlichting en het grootste deel van de jeugdgezondheidszorg moeten in beginsel ook regionaal door de GGD worden opgepakt, tenzij het college van burgemeester en wethouders anders beslist (art. 14 lid 4 Wpg). Met uitzondering van de gemeente Utrecht hebben gemeenten besloten de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg te beleggen bij GGDrU.

Een toelichting op dit takenpakket treft u in de bijlage.

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 DPG is op basis van genoemde wetgeving ambtelijk leidinggevende van zowel de GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio), organisatieonderdeel bij de VRU, als van GGDrU. Zij kent hierin eigen wettelijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Bij crises en rampen is er een zelfstandige wettelijke bevoegdheid voor de DPG en de voorzitter van de VRU, als het gaat om publieke gezondheid. Er bestaat tussen de DPG en de voorzitter VRU een zelfstandige relatie gelet op die verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Om te borgen dat de GHOR ook op directieniveau binnen de VRU inbreng heeft, is de DPG lid van het directieteam van de VRU.

1.4 Opbouw kaderbrief

In de kaderbrief worden specifiek de kaders vermeld die als basis dienen voor het uitwerken van de ontwerp begroting 2022. De uiteindelijke cijfermatige effecten van kaderstelling, feitelijk de rekenexercitie waarmee onder meer de inwoner- en kindbijdrage wordt bepaald, volgt bij het maken van de ontwerpbegroting 2022.

Tevens komen ontwikkelingen aan de orde, die van invloed zijn of kunnen zijn op de ontwerp begroting 2022. De begroting van GGDrU is een meerjarenprogrammabegroting met één programma: 'Publieke Gezondheid'. In de begroting wordt het programma Publieke Gezondheid verder uitgewerkt in ambities.

De kaderbrief geeft de kaders aan voor één jaarschijf, hier 2022, en schetst de beleids- en begrotingskaders in een meerjarenperspectief. De begroting en de verantwoording (de jaarstukken) volgens de regels van het BBV, waaronder de 'drie W-vragen' (Wat willen we bereiken, wat gaan we daarvoor doen, wat gaat het kosten), aangevuld met een extra W-vraag 'Wat gaan we meten':

Begroting	Jaarstukken
<p><i>Wat willen we bereiken?</i></p> <p>Hier wordt aangegeven welke doelen (maatschappelijke effecten) bereikt moeten worden.</p>	<p><i>Wat hebben we bereikt?</i></p> <p>Er wordt uitgelegd in hoeverre beoogde doelen feitelijk zijn gerealiseerd: de realisatie van doelen wordt dus afgezet tegen de voornemens in de begroting.</p>
<p><i>Wat gaan we daarvoor doen?</i></p> <p>Op deze plaats wordt aangegeven welke activiteiten moeten worden uitgevoerd om de gestelde doelen te bereiken.</p>	<p><i>Wat hebben we daarvoor gedaan?</i></p> <p>Er wordt uitgelegd in hoeverre beoogde activiteiten feitelijk hebben plaatsgevonden: de realisatie van activiteiten wordt dus afgezet tegen de voornemens uit de begroting.</p>
<p><i>Wat gaat dat kosten?</i></p> <p>Hier wordt aangegeven welke lasten (maar ook baten) aan de orde zijn voor de uitvoering van de activiteiten.</p>	<p><i>Wat heeft dat gekost?</i></p> <p>Er wordt verantwoord over de lasten en baten afzonderlijk; het verschil met de begroting wordt uitgelegd.</p>
<p><i>Wat gaan we meten?</i></p> <p>Hier worden de indicatoren met bijbehorende waarden benoemd, die meetinformatie geven ten aanzien van de beoogde realisatie van de doelstellingen.</p>	<p><i>Wat hebben we gemeten?</i></p> <p>Bij de benoemde indicatoren worden de werkelijk gerealiseerde waarden over het jaar opgenomen.</p>

2. Financieel kader

In dit hoofdstuk worden specifiek de uitgangspunten en begrotingsystematiek vermeld die als basis dienen voor het uitwerken van de ontwerpbegroting 2022. De uiteindelijke cijfermatige effecten van kaderstelling, feitelijk de rekenexercitie waarmee onder meer de inwoner- en kindbijdrage wordt bepaald, volgt bij het maken van de ontwerpbegroting 2022.

2.1 Uitgangspunten

Hieronder worden de uitgangspunten opgesomd die gehanteerd worden voor het opstellen van de ontwerp 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. 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 twee maal per jaar geactualiseerd, te weten per 1 januari en per 1 juli van een begrotingsjaar.
3. 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.
4. De loonkosten worden begroot op de verwachte loonkosten voor het betreffende boekjaar.
5. Er wordt geen rente toegerekend aan het eigen vermogen.
6. De begrote rentelasten zijn gebaseerd op de aanwezige leningenportefeuille.
7. Voor de vaststelling van de inwonerbijdrage voor de gemeenten wordt uitgegaan van het aantal inwoners op de stand per 1 januari 2020. 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 2022.
8. 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 2020. 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 2022.
9. De omvang van de intensivering basistaken en maatwerk in de begroting 2022 is gebaseerd op een inschatting. Voor deze inschatting wordt gebruik gemaakt van de gegevens over 2021, zoals deze in de maand januari 2022 bij GGDrU bekend zijn. De uiteindelijke werkelijke afname van intensiverings- en maatwerktaken voor het boekjaar 2022 kan dus afwijken van de bedragen, zoals nu wordt voorzien qua opname in de begroting 2022.

In het laatste kwartaal van 2021 vindt afstemming plaats tussen elke afzonderlijke gemeente in de regio Utrecht en GGDrU over de concrete invulling

van maatwerkafspraken betreffende het begrotingsjaar 2022. 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 overeenkomst tussen de betreffende gemeente en GGDrU. Eventuele wijzigingen in de maatwerkafspraken worden in een begrotingswijziging technisch verwerkt.

10. In de begroting 2022 worden alleen bestuurlijk genomen besluiten verwerkt, voor zover deze vóór 1 februari 2021 zijn vastgesteld. Alle bestuurlijke besluiten, die na deze datum worden vastgesteld, worden middels een begrotingswijziging in de begroting 2022 verwerkt.
11. De uitgangspunten rondom indexering worden gehanteerd totdat het bestuur besluit hiervan af te wijken.

Loonontwikkeling

12. Voor de loonontwikkeling wordt de CAO-wijziging en de premie-ontwikkeling 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. Op basis van de dan bekende cijfers (zoals bij uitgangspunt 12 aangegeven) wordt een getalsmatige doorkijk van bijdragen van individuele gemeenten voor basispakket en intensivering basispakket opgenomen in de kaderbrief.
14. Loon- en/of premie-ontwikkelingen die nog niet zijn meegenomen in de begroting 2022 maar die wel betrekking hebben op het begrotingsjaar 2022 en latere jaren, worden via een begrotingswijziging op de begroting 2022 ter besluitvorming aan het algemeen bestuur voorgelegd. Dit nadat de zienswijze procedure is doorlopen, conform de Gemeenschappelijke Regeling GGDrU.

Prijsontwikkeling

15. Voor de prijsontwikkeling wordt uitgegaan van het Bruto Binnenlands Product, zoals deze staan vermeld in de meest recente (in principe september) circulaire van het gemeentefonds ten tijde van het opstellen van de ontwerp begroting.
16. Prijsontwikkelingen die nog niet zijn meegenomen in de begroting 2022 maar die wel betrekking hebben op het boekjaar 2022, worden via een begrotingswijziging op de begroting 2022 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

17. 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).

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

Financiële uitgangspunten bestrijding coronavirus

19. Het Rijk heeft via de VNG toegezegd gemeenten niet te korten op het Gemeentefonds wanneer taken die gemeenten bij de GGD hebben belegd en zijn gefinancierd via de gemeentelijke bijdrage door corona niet kunnen worden uitgevoerd door de GGD. Gemeenten mogen dan ook niet inwoner- en kindbijdragen terug te vorderen bij de GGD wanneer de afgesproken dienstverlening door de GGD door corona niet is geleverd.

20. Voor maatwerk geldt bovenstaande niet. Wanneer de GGD door corona niet of minder aan uitvoering van maatwerktaken toekomt doordat medewerkers ingezet zijn op corona werkzaamheden, dan zal de GGD het tekort, dat hierdoor ontstaat, als gedeelde inkomsten declareren bij VWS. Gemeenten krijgen dan ook na uitbetaling door VWS de eerder overgemaakte bedragen teruggestort voor dat deel dat niet is geleverd.

21. De genoemde lijn bij punt 19 en 20 zal tot nader order en afhankelijk van de ontwikkelingen ook blijven gelden voor het begrotingsjaar 2022.

2.2 Bekostigingssystematiek

Voor de begroting 2022 worden vooralsnog dezelfde principes voor de bekostigingssystematiek gehanteerd, zoals deze ook voor de begroting 2021 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 (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 prijsafpraak gemaakt, die wordt vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst.

2.3 Doorkijk verwacht financieel effect indexatie

Conform de gestelde uitgangspunten in deze kaderbrief, is de inschatting van de gemeentelijke bijdrage in 2022 is als basis de in juni 2020 vastgestelde begroting 2021-0 gebruikt.

Vervolgens is een inschatting gemaakt van de verwachte indexatie in 2022 (zie kolom 'Schatting 2022 index-deel'). Deze schatting is opgebouwd uit drie delen:

- er gerekend met de loonvoet sector overheid (1,5% in 2022 conform de septembercirculaire 2020) aangezien er over het jaar 2022 op het moment van opstellen van de Kaderbrief 2022 geen CAO 2022 bekend is
- er is een inschatting gemaakt van de mutatie in de werkgeverspremies. Hierbij is de aanname gedaan dat de Sociale verzekeringspremies in 2022 gelijk zijn aan degene die zijn gehanteerd in begroting 2021-0 en dat de pensioenpremies zullen stijgen in 2021 conform de ABP-prognose.
- Er is gerekend met het prijsindexcijfer (pbbp) voor 2022 van 1,4% uit de septembercirculaire 2020.

Tezamen leidt dit tot een gewogen gemiddelde verwachte indexatie in 2022 van 1,77% wat neerkomt op ruim €700.000.

Tabel 4.2.2 Prijsindexen CPB* MEV 2021

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Prijs bruto binnenlands product (pbbp)	1,7	1,5	1,4	1,2	1,3	1,4
Prijs nationale bestedingen (pnb)	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,5
Nationale consumentenprijsindex (cpi)	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6
Loonvoet sector overheid	3,6	1,8	1,5	1,9	1,9	2,2
Prijs overheidsconsumptie, beloning werknemers	4,6	0,6	1,3	1,5	1,5	1,8
Prijs overheidsconsumptie, netto materieel (imoc)	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5

Bron: Septembercirculaire 2020

Verder is een inschatting gemaakt van de verwachte volumemutatie in 2022 (zie kolom 'Schatting 2022 volume-deel'). Daarvoor is berekend wat de impact is van de wijzigingen in inwoner- en kind aantallen tussen 1-1-19 en 1-1-20. Verder is de aanname gedaan dat er geen verandering plaats vindt in de maatwerk-afname door gemeenten.

Bij de meeste gemeenten is het effect van de gedaalde kind aantallen groter dan het effect van de gestegen inwoneraantallen. Bij een beperkt aantal gemeenten is sprake van zowel toenemende inwoners aantallen als toegenomen kind aantallen.

Zoals aangeven betreft bovenstaande een schatting op basis van de gegevens die bekend zijn ten tijde van het opstellen van de kaderbrief 2022. De uiteindelijke cijfermatige effecten van kaderstelling, feitelijk de rekenexercitie waarmee onder meer de inwoner- en kindbijdrage wordt bepaald, volgt bij het maken van de ontwerp begroting 2022.

Gemeente	Aantal inwoners per 1-1-19	Aantal kinderen per 1-1-19	Totale bijdrage 2021-0	Aantal inwoners per 1-1-20	Aantal kinderen per 1-1-20	Schatting 2022 index-deel	Schatting 2022 volume-deel	Schatting bijdrage 2022
Amersfoort	156.286	35.167	6.582	157.276	34.699	117	-46	6.653
Baarn	24.767	4.806	925	24.868	4.775	16	-3	939
Bunnik	15.192	3.332	563	15.191	3.329	10	0	573
Bunschoten	21.576	5.051	859	21.866	5.102	15	5	880
De Bilt	42.824	8.931	1.501	43.137	8.977	27	5	1.532
De Ronde Venen	44.059	8.656	1.613	44.456	8.608	29	-4	1.637
Eemnes	9.113	1.910	346	9.247	1.871	6	-4	349
Houten	49.911	11.972	1.992	50.146	11.789	35	-16	2.011
IJsselstein	34.160	7.502	1.303	34.109	7.277	23	-21	1.304
Leusden	30.030	6.231	1.072	30.401	6.207	19	-2	1.089
Lopik	14.473	3.133	580	14.467	3.054	10	-8	582
Montfoort	13.996	3.129	573	13.917	3.046	10	-8	575
Nieuwegein	63.036	11.820	2.173	63.462	11.886	39	7	2.219
Oudewater	10.201	2.135	402	10.230	2.118	7	-2	408
Renswoude	5.259	1.373	209	5.444	1.378	4	1	213
Rhenen	20.004	4.395	781	20.119	4.345	14	-5	790
Soest	46.194	9.421	1.625	46.606	9.313	29	-10	1.644
Stichtse Vecht	64.336	13.304	2.485	64.931	13.280	44	-2	2.528
Utrecht	352.866		2.042	357.597		36	18	2.097
Utrechtse Heuvelrug	49.515	9.881	1.765	49.580	9.810	31	-7	1.790
Veenendaal	65.589	14.832	2.475	66.493	14.812	44	-1	2.518
Vijfheerenlanden	55.712	11.774	2.141	56.811	11.898	38	14	2.193
Wijk bij Duurstede	23.762	4.847	831	23.914	4.792	15	-5	841
Woerden	52.197	11.569	2.159	52.299	11.307	38	-26	2.171
Woudenberg	13.166	3.187	539	13.362	3.236	10	5	553
Zeist	63.934	13.696	2.375	64.905	13.826	42	13	2.431
Totaal gemeenten	1.342.158	212.054	39.913	1.354.834	210.735	708	-102	40.518

Bedragen x € 1.000,-

3. Ontwikkelingen

3.1 Bestrijding van het coronavirus

Ten tijde van het opmaken van de kaderbrief 2022 (oktober 2020) heeft het Coronavirus (COVID-19) Nederland al enige tijd in zijn greep. Sinds eind februari 2020 heeft GGD regio Utrecht (GGDrU) vanuit haar wettelijke taak (Wet publieke gezondheid) op het gebied van Infectieziektebestrijding een grote rol in de bestrijding van het corona-virus.

De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is in crisistijd belast met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening in de regio. De DPG is op basis van de Wet Publieke Gezondheid en Wet veiligheidsregio ambtelijk leidinggevende van zowel GGD regio Utrecht (GGDrU) als de GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). De DPG is tevens lid van het ROAZ MN (Regionaal Overleg Acute Zorg Midden-Nederland) en in de coronacrisis voorzitter van het Covid-19 kernteam ROAZ MN. Daarnaast neemt de DPG deel aan het regionaal beleidsteam (RBT) van de regio.

Publieke gezondheid is niet alleen infectieziektenbestrijding of crisisbestrijding. Het takenpakket is breed. De mate waarin de GGD weer kan inzetten op jeugdgezondheidszorg, forensische geneeskunde, gezondheidsbevordering, of medische milieukunde is noodzakelijk en ook van grote betekenis voor de gezondheid van de samenleving als geheel.

De algemene aanname is dat het coronavirus nog zeker langere tijd blijft. Dit betekent voor de werkzaamheden van de GGD dat het testen en contactonderzoek van mensen met klachten voorlopig door blijft gaan. Om het vol te houden werkt GGDrU sinds eind maart 2020 volgens een meer duurzame structuur voor de corona-werkzaamheden dan bij de start. Dit betekent dat wordt gewerkt met een aangepaste werkwijze van de

corona-organisatie. Uitgangspunt hierbij is de coronawerkzaamheden te borgen binnen de organisatie, op een projectmatige en duurzame manier. De aangepaste corona-organisatie betreft een (tijdelijke) structuur die past bij deze bijzondere situatie. Deze situatie betekent dat ook andere taken weer zijn opgepakt om andere risico's voor de publieke gezondheid te voorkomen. De ontwikkelingen in de corona aanpak en aanwijzingen van het Rijk zijn van grote invloed op de af- en/of opschaling van reguliere processen en de prioriteiten uit de bestuursagenda 2019-2023. De ontwikkelingen zijn moeilijk voorspelbaar en kunnen snel lopen.

Publieke gezondheid bij rampen en crisis

GGDrU wil (blijven) voldoen aan zijn wettelijke crisistaak. Dat betekent een crisisorganisatie, die paraat is en voldoende heeft geoefend. Het corona-virus heeft laten zien dat veel inzet en kennis nodig is om een crisis op het gebied van de volksgezondheid van een dergelijke omvang zo goed mogelijk in banen te leiden. Dit gaat niet vanzelf en samenwerking is daarin cruciaal, zowel lokaal, regionaal als landelijk. De verwachting is dat pandemieën in de toekomst vaker gaan voorkomen, onder andere door de wereldwijde bevolkingsgroei, klimaatverandering en verstedelijking. Als GGDrU willen we, in een continue veranderende maatschappij en met oog voor de praktijk, toegerust zijn en blijven om risico's en crisis met elkaar te beheersen en (zo mogelijk) te voorkomen. In 2022 zal naar verwachting de inzet van de crisisorganisatie tijdens de coronapandemie worden geëvalueerd en wordt gekeken wat er nodig is om de crisisorganisatie op een toekomstbestendige wijze verder vorm te geven.

Schaarste medisch personeel

De Corona-uitbraak zal niet op zichzelf staan. Wetenschappers zijn er duidelijk over dat er meer van dit soort virussen in omloop resp. aantocht zijn, de vraag is alleen wanneer en hoe heftig ze toeslaan. Dat maakt dat Infectieziektebestrijding (IZB) robuust genoeg moet zijn om dit goed te monitoren en de eerste fase van signalering en *containment* in onze dichtbevolkte regio aan te kunnen.

Natuurlijk zullen er uit de Corona-bestrijding lessen getrokken worden en aan een nieuwe verantwoorde norm voor IZB wordt landelijk reeds gewerkt. Deze zal overigens eerder geformuleerd worden in termen van: waarvoor dient de regionale IZB/GGD aan de lat te staan dan in termen van: hoeveel fte per discipline moet een GGD hebben.

Ten aanzien van die formatie is het relevant om op te merken dat die in de schaarste van medisch personeel wel aandacht vraagt als het gaat om marktconforme salarissen. Waar onze Utrechtse infectieziektebestrijders landelijk gezien flink voorop lopen in analytisch vermogen, flexibiliteit en daadkracht, zitten zij doorgaans lager ingeschaald dan collega's in de rest van het land. Dit aspect is onderzocht cq wordt in 2021 meegenomen in de strategische personeelsanalyse en het daaruit voortvloeiende plan van aanpak met betrekking tot het duurzaam – ook arbeidsvoorwaardelijk - 'binden & boeien' van (nieuwe en huidige) medewerkers.

3.2 Impact coronacrisis op de publieke gezondheid

De Corona-pandemie stelt de hele wereld voor grote uitdagingen. Alles wordt in het werk gesteld om de uitbraak te beheersen en de druk op de zorg te beperken, terwijl tegelijkertijd ook de economische en maatschappelijke impact moet worden ingeperkt.

De impact van de pandemie op Publieke Gezondheid gaat echter veel verder dan de acute fase waar we nu en de komende periode nog in zitten. Herstelde patiënten kunnen blijven kampen met langdurige gezondheidsschade, zowel fysiek als psychisch. Ook de maatschappij als geheel heeft een forse impact te verwerken, niet alleen door de ziekte

zelf en door uitgestelde niet-Corona zorg, maar ook door de psychische druk van alle inperkende maatregelen en door de enorme economische impact.

De eerste onderzoeken wijzen erop dat de coronacrisis bestaande verschillen in de samenleving vergroot. De positie van kwetsbare groepen als ouderen, asielzoekers, laaggeletterden en mensen met een lage sociaaleconomische status, verslechtert. Daarnaast ontstaan er nieuwe kwetsbare groepen als flexwerkers. Verder ondervinden kinderen, scholieren, studenten, jonge werkenden en jonge ondernemers soms heftige gevolgen van de coronacrisis, met name als ze toch al in een kwetsbare positie zaten. Het thuisonderwijs en de onverwacht snelle digitalisering zet groepen kinderen en jongeren op achterstand. Voor sommige kinderen en jongeren dreigt de coronacrisis te zorgen voor een stapeling van problemen.

Tegelijkertijd is tijdens de crisis ook veel geleerd en veel ontwikkeld. Het bewustzijn voor gezonde levensstijl is toegenomen en zijn er vele initiatieven om groepen te bereiken met boodschappen over gezond leven. In de regio Utrecht is aan een onderzoeksconsortium waar GGDrU deel van uitmaakt een ZonMw subsidie toegekend om de impact van corona voor kwetsbare groepen in kaart te brengen en de mogelijkheden voor interventies om deze kwetsbaarheid aan te pakken te onderzoeken. Over de impact van de coronacrisis op de gezondheid van inwoners in de regio gaan we met de gemeenten verder in gesprek.

3.3 Rijksvaccinatieprogramma

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) blijft in ontwikkeling. Dit betekent dat ook in 2022 veranderingen komen in de uitvoering ervan.

In 2022 worden ook jongens (voorheen alleen meisjes) gevaccineerd tegen het Humaan Papiloma Virus (HPV). Hiermee zijn zij beschermd voor een aantal vormen van kanker, zoals peniskanker, en wordt de verspreiding van het virus tegengegaan. Tevens wordt voor zowel jongens als meisjes de vaccinatie vervroegd van de leeftijd van 13 jaar naar 10 jaar. De invoering stond gepland voor 2021, maar loopt vertraging op. Daarnaast is een inhaalslag nodig voor de alle kinderen tussen 10 en 13 jaar en jongens van 13 tot 18 jaar. Dit zal over enkele jaren uitgespreid worden. Ook jongeren in de leeftijd van 18 tot 25 jaar kunnen een HPV-vaccinatie inhalen indien zij dit wensen.

Efficiënt en zorgvuldig vaccineren is een expertise waarop de GGD bij uitstek haar flexibiliteit en kracht bewijst. De continue uitbreiding van het RVP vraagt veel van de GGD, bijvoorbeeld in de coördinatie van het werk, de organisatie van extra spreekuren (menskracht, locaties) en scholingen.

Een uitbreiding van het RVP wordt in eerste instantie gefinancierd vanuit het RIVM. Na enige tijd wordt de financiering structureel opgenomen in het Gemeentefonds, zoals voor alle vaccinaties in het RVP geldt. Als er duidelijkheid is over het opnemen van vaccinaties in het RVP, en de daarbij horende verhoging van het Gemeentefonds, maakt GGDrU een schatting van de benodigde verhoging van de kindbijdrage.

3.4 Prenatale Huisbezoeken

Vanuit het landelijke actieprogramma Kansrijke Start wordt het prenatale huisbezoek wettelijk vastgelegd. Dat betekent dat gemeenten per 2021 een wettelijke verantwoordelijkheid krijgen om prenatale huisbezoeken in te kopen bij Jeugdgezondheidszorg, voor gezinnen die in een kwetsbare situatie zitten. Op dit

moment wordt het prenatale huisbezoek als maatwerk in een aantal gemeenten in onze regio aangeboden. Hierdoor wordt expertise en een netwerk opgebouwd. Knelpunten in digitalisering, signalering en doorverwijzing zijn duidelijk worden opgepakt.

De wetswijziging zal niet eerder dan per 1 januari 2021 plaatsvinden en de inwerkingtreding heeft mogelijk uitloop tot juli 2021. **Voor de uitoefening van deze taak zal het rijk het structureel beschikbare budget in het gemeentefonds storten (geoormerkt) bij de meicirculaire in 2021.** Gemeenten wordt gevraagd om het geld voor het prenataal huisbezoek te reserveren uit het gemeentefonds. De last van de uitvoering drukt op de gemeentelijke begrotingen vanaf juli 2021 en in 2022 (en de jaren erna) voor het volledige jaar. GGDrU houdt in de gaten wanneer de wetswijziging ingaat en welke financieringssystematiek gaat gelden en informeert gemeenten hierover.

3.5 Online dienstverlening jeugdgezondheidszorg

Technologie verandert al enige tijd onze samenleving, hoe wij ons gedragen en wat onze wensen en behoeften zijn. Nieuwe technologie biedt ouders de mogelijkheid om meer aansluitend op hun behoeften contact te hebben met een professional van Jeugdgezondheidszorg: op andere tijden, vanuit andere locaties en op andere manieren. Bovendien zorgt digitalisering ervoor dat ouders en jongeren steeds meer online zijn en steeds meer online willen en kunnen doen.

In de afgelopen jaren zijn hierin succesvolle ontwikkelingen geweest bij de GGD. Bijvoorbeeld het digitale JouwGGD-gezondheidsonderzoek voor jongeren en chatdiensten voor jongeren en voor ouders. We verwachten dat ook het nieuwe digitale dossier (GGiD) gaat bijdragen aan een betere interactie met ouders en jongeren. Een verdere verschuiving naar meer online dienstverlening en 24/7-bereikbaarheid, in een zorgvuldig afgewogen combinatie met fysieke dienstverlening, is gaande. Dit komt onder meer terug in de landelijke strategische koers van jeugdgezondheidszorg (van GGD GHOR Nederland en ActiZ Jeugd).

Digitale dienstverlening betekent ook slimmer met tijd en middelen omgaan. Daar waar iemand met minder ondersteuning vanuit jeugdgezondheidszorg verder kan, ontstaat tijd en ruimte om iemand die meer nodig heeft dit ook te bieden. Een efficiënt bereik met de digitale dienstverlening van jeugdgezondheidszorg is mogelijk door landelijke samenwerking met andere jeugdgezondheidszorgaanbieders.

Online dienstverlening voorziet in een enorme behoefte van ouders en jongeren. Er zijn landelijke initiatieven op dit gebied. Wil GGDrU van deze landelijke initiatieven profiteren, dan zullen wij er ook financieel aan moeten bijdragen, samen met andere GGD-en. Online en offline preventie versterken elkaar, ze vervangen elkaar niet. Het vraagt dus een investering in menskracht en middelen. In 2021 wordt onderzocht hoe verder wordt ingezet op online dienstverlening en wat dat betekent voor de personele inzet van GGDrU. De uitkomsten hiervan worden voorgelegd in het algemeen bestuur.

3.6 Financieringssystematiek jeugdgezondheidszorg

De collectieve integrale JGZ heeft een financieringssystematiek die uitgaat van een bijdrage per kind, ongeacht de leeftijd van het kind. Deze systematiek werkt goed bij een stabiele trendontwikkeling over de jaren, of het nu stabiel dalende of stabiel stijgende kindaantallen betreft. Echter, sinds het jaar 2014 is er een breuk met de lange termijn trend van de gestage afname van het aantal geboorten en is sprake van een vrijwel gelijkblijvend aantal geboortes per jaar.

Dit betekent, dat het totaal aantal kinderen in de leeftijd 0-18 jaar behoorlijk is afgenomen, terwijl het aantal baby's dat geboren is, is gestabiliseerd. Dus naar verhouding is het aantal kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar groter geworden. Dit stelt GGDrU voor een financiële en capaciteitsuitdaging.

Dit ontstaat doordat in de praktijk niet in elk levensjaar tussen 0 en 18 evenveel Jeugdgezondheidszorg wordt geleverd. In de leeftijd 0 tot 4 jaar is de dienstverlening van Jeugdgezondheidszorg veel intensiever (met huisbezoeken, vaccineren en veel consultatiebureaubezoeken), dan bij de oudere jeugd. Vroege investering werkt immers preventief voor problematiek op latere leeftijd. Circa 60% van de personele inzet wordt besteed aan deze zorg in de eerste vier levensjaren. Voor deze groep kinderen is de bijdrage per kind echter wel gelijk aan de bijdrage per kind tussen 4 en 18 jaar.

Door de financiering van een gelijke bijdrage per kind in combinatie met de dalende geboortes, wordt het budget voor kinderen geboren tot 2014 elk jaar minder: elk jaar aantal neemt het aantal kinderen af en dus daalt het budget. Daarna is door de stabilisatie van het aantal geboortes een situatie ontstaan, waarin de groep 0-4 jarigen naar verhouding groter werd én meer kosten met zich meebrengt. Door deze scheve verdeling in kindaantallen per leeftijdsgroep, is een scheefgroei in de financiering ontstaan, dat over meerdere jaren doorwerkt naarmate kinderen ouder worden.

Daarnaast ontvangt GGDrU alléén een kindbijdrage voor kinderen die zijn ingeschreven in de gemeenten van de regio Utrecht, terwijl ook zorg wordt geleverd aan kinderen die zijn ingeschreven buiten de regio Utrecht. In de praktijk gaat dat voornamelijk om middelbare scholieren, die woonachtig zijn buiten ons werkgebied, maar naar school gaan binnen ons werkgebied en daar gezien worden door Jeugdgezondheidszorg. Deels middelt dit zich uit, bijvoorbeeld als kinderen uit de stad Utrecht in De Bilt naar school gaan, en andersom. Maar bijvoorbeeld in Amersfoort is er sprake van per saldo zo'n 7.000 kinderen uit Gelderland die in Amersfoort naar school gaan; overigens hebben alle GGD-en hiermee te maken.

De huidige financieringssystematiek is daarmee niet goed houdbaar. De gevolgen zijn te vertalen in een structureel gemis van 3 fte aan jeugdartsen per jaar. Als de geboorteaantallen ook de komende jaren stabiel blijven, krijgen we een situatie waarbij GGDrU tien jaar lang elk jaar minder geld krijgt, terwijl de kosten minder hard afnemen. Vooralsnog is het een constatering dat de huidige financieringssystematiek GGDrU voor financiële uitdagingen stelt. Dit zal een bespreekpunt zijn bij toekomstige ontwikkelingen en/of benodigde investeringen.

3.7 Psychische gezondheid van schoolgaande jeugd

'Geluk is niet de afwezigheid van problemen, maar het vermogen ermee om te gaan'. Zomaar een quote die het belang onderstreept van veerkracht en mentale weerbaarheid. Leren omgaan met tegenslagen in het leven krijgen kinderen idealiter van huis uit en op school mee. Ook hier is weer jong geleerd, oud gedaan. Maar aandacht voor en versterking van deze vaardigheid is nodig. Om zorg en hulpverlening niet te overvragen en zware behandelingen of lange termijn gevolgen van psychische problemen te voorkomen.

Jeugdgezondheidszorg is door haar grote bereik, netwerk en expertise op het gebied van preventie een aangewezen partij, om hieraan bij te dragen, collectief (via kinderopvang, scholen, gezonde school, gemeenten, buurt/wijk) en individueel. We signaleren problemen, en beogen we dat ze opgelost worden, verminderen of hanteerbaar worden.

In het licht van bovengenoemde de maatschappelijke opgave hebben wij de ambitie om activiteiten op het gebied van primaire preventie uit te bouwen.

Er is namelijk veel psychische problematiek onder jongeren. In regio Utrecht voelt 44% van de jongeren zich (zeer) vaak gestrest, blijkt uit de Jeugdmonitor van GGD regio Utrecht. Zij ervaren druk door school en alles wat zij verder moeten doen. Dit is een landelijke ontwikkeling. Het verminderen van de druk op het dagelijks leven bij jongeren is een centraal gezondheidsvraagstuk in de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024. De verwachting is dat door de coronacrisis de angst voor achterstand op school extra stress gaat opleveren (Trimbos 2020). Gedrags- en psychosociale problemen op jonge leeftijd leiden vaak tot problemen en klachten op latere leeftijd. Problemen zijn vaak groot voordat ze aan het licht komen, omdat ouders van schoolgaande kinderen moeilijk de weg vinden naar ondersteuning en advies bij opgroei- en opvoedvraagstukken. Door de wachttijden voor de jeugd-GGZ en jeugdzorg in veel gemeenten, zijn de problemen ook vaak groot voordat hulp geboden wordt. Diverse landelijke adviespartijen (SER, Trimbos, GGZ Nederland, NJI, RIVM) onderstrepen het belang van investeren in positieve mentale gezondheid en preventie.

Daarbij ligt de focus op drie doelgroepen:

- Schoolgaande jeugd tussen 8 en 18 jaar. De infrastructuur op een school is een goede weg om jongeren te bereiken. Scholen worden, via de Gezonde School aanpak, ondersteund bij het werken aan een sterk pedagogisch klimaat, het versterken van de psychische gezondheid van leerlingen en het verminderen van de mentale druk. Belangrijk is dat de aandacht naar het welbevinden van alle leerlingen gaat, en niet alleen naar de jongeren met problemen.
- Adolescenten van 18 jaar en ouder. Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar, krijgen adolescenten, die hulpverlening hebben, te maken met de overgang naar andere zorgverleners. Een voorbeeld is de overdracht van de jeugdarts naar het buurtteam, en van jeugd-GGZ naar volwassen-GGZ. Sommige adolescenten vallen in deze fase tussen wal en schip. Jeugdgezondheidszorg wil adolescenten beter ondersteunen, zodat zij veerkrachtig reageren op deze veranderingen. In het programma 'Klaar voor de toekomst' gericht op de invulling van de rol en verantwoordelijkheid van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij de ontwikkeling van puber/adolescent naar volwassenheid, wordt de komende jaren verkend wat zij hiervoor nodig hebben. Dit geeft aanwijzingen voor lokaal/regionaal integraal preventief beleid. Zeker nu sprake is van meer schooluitval op het MBO, is dit een zorg en ligt hier een belangrijke opgave.
- Ouders van schoolgaande jeugd. Ouderbetrokkenheid en goede opvoedvaardigheden zijn sterke beschermende factoren. We willen effectieve programma's ontwikkelen en inzetten om ouders te bereiken en vaardigheden te leren om met hun kinderen over sociaal-emotionele thema's te praten en hun kinderen te ondersteunen.

Dit alles vraagt om een integrale en regionale aanpak. Immers, 'samen zorgen wij voor al onze kinderen'. Hierin biedt het nieuwe 'Kennissenetwerk Ouders en Kind Centraal' in onze regio mogelijkheden om samen met jongeren, ouders, scholen, hulporganisaties en gemeenten nieuwe kennis te ontwikkelen en te implementeren in de praktijk GGD regio Utrecht richt zich op het bijeen brengen van de partners, het delen van de kennis, en het organiseren van pilots van interventies ter preventie van psychische problematiek, naar behoefte van jongeren, ouders, scholen en gemeenten. Hiervoor is -in deze fase- projectmatige financiële dekking nodig, waar we naar op zoek gaan bij gemeenten (bijvoorbeeld in nieuw collectief maatwerk) en bijdragen van andere organisaties zoals zorgverzekeraars.

3.8 Seksuele gezondheid

GGDrU is verantwoordelijk voor het bevorderen en beschermen van de seksuele gezondheid van de inwoners in de regio Utrecht. Deze gezondheidsbevorderende en beschermende taken vinden hun basis in de Wet op Publieke gezondheid (WPG). Dit gaat om een specifieke vorm van infectieziekte bestrijding. Naast de uitvoering van de Soa poli en PrEP zorg wordt ook ondersteuning geboden aan scholen (PO, VO en MBO) bij relationele en seksuele vorming. Deze taken worden gefinancierd uit hoofdzakelijk landelijke subsidieregelingen zoals de subsidie Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG regeling), de subsidieregeling PrEP en de Stimuleringsregeling Relaties en Seksualiteit (R&S). Om als GGD regio Utrecht op een toekomstbestendige wijze seksuele gezondheid vorm te kunnen geven wordt gekeken, in samenspraak met gemeenten, hoe de bestaande projecten, activiteiten en subsidies zo effectief mogelijk in te zetten gezien de financiële knelpunten die voortkomen uit de beperkte landelijke subsidies.

Financiële knelpunten

Het zeer lage budget vanuit de ASG regeling en de subsidieregeling PrEP voor regio Utrecht zijn niet representatief voor de inzet die nodig is om op een adequate wijze in te kunnen spelen op de problematiek in de regio. De financiële knelpunten zijn inmiddels op verschillende manieren kenbaar gemaakt aan het ministerie van VWS, door de acht coördinerende GGD'en gezamenlijk als ook door GGD regio Utrecht afzonderlijk. Er is nog geen concreet uitzicht op een passende tegemoetkoming vanuit VWS.

De huidige ASG regeling loopt tot 2022. Nog niet helder is hoe de nieuwe regeling eruit zal gaan zien. Naar aanleiding van de knelpunten in de PrEP regeling is eind maart een advies opgesteld vanuit de coördinerende GGD'en en aan VWS verzonden. Na herhaald verzoek is aangegeven door VWS dat pas in het najaar een reactie kan worden verwacht gezien de inzet vanuit VWS op de bestrijding van het coronavirus.

Samen met de ASG stuurgroep wordt gekeken naar andere mogelijkheden om de knelpunten alsnog op de agenda te krijgen bij VWS en is namens de voorzitter van het algemeen bestuur GGDrU en de directeur Publieke Gezondheid nogmaals het dringende verzoek gedaan bij VWS prioriteit te geven aan de financiële knelpunten voor seksuele gezondheidszorg.

3.9 Ontwikkelingen op gebied van gezondheidsbevordering

Het is niet zeker of de landelijke subsidie Gezonde School doorgaat na 2021. De subsidie voor Jong Leren Eten (makelaarsfunctie) en de subsidie Gezond in de Stad (GIDS-gelden) lopen eind 2021 af. Onzeker is of danwel hoe de financiering van deze activiteiten op een andere wijze zal kunnen worden voortgezet.

Veel gezondheidsbevorderingsactiviteiten in gemeenten binnen de regio Utrecht worden gefinancierd met deze landelijke subsidies. Deze subsidies maken het mogelijk om:

- De Gezonde School methodiek systematisch in de regio te implementeren;
- via de "Gezonde wijk" aanpak samen met burgers en organisaties de gezondheidsachterstanden in wijken/buurtten te verminderen en de gezondheidsvaardigheden te vergroten. Bij de Gezonde wijk aanpak wordt breed gekeken wordt naar de verschillende aspecten van gezondheid, waaronder armoede, eenzaamheid, veilige sociale en fysiek omgeving;
- gezond gewicht te stimuleren bij jongeren via de Jogg methodiek

Het wegvallen van de landelijke subsidies zonder dat helderheid is over alternatieve vormen van financiering voor de uitvoering van deze taken, heeft consequenties voor de ondersteuning van gemeenten door GGDrU. Indien er in 2022 onvoldoende financiële middelen zijn kan de uitvoering van gezondheidsbevorderings-activiteiten en programma's zoals dat nu gebeurt niet meer plaatsvinden.

De ambities en prioriteiten blijven echter onveranderd belangrijk zoals ook blijkt uit de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024 die in mei 2020 naar de Tweede Kamer is gestuurd door staatssecretaris Blokhuis. De coronacrisis laat bovendien des te meer zien dat aandacht voor preventie, gezondheidsachterstanden, armoede en eenzaamheid van noodzakelijk belang is.

GGDrU wil samen met gemeenten optrekken om op zoek te gaan naar alternatieve financiering om preventie, gezondheids- en leefstijlbevordering steviger te verankeren.

3.10 Uitvoering Gezondheidsmonitor jeugd voortgezet onderwijs (GMJ) en monitor jongvolwassenen (MJV)

De GMJ wordt 4-jaarlijks landelijk geharmoniseerd uitgevoerd. Laatste uitvoering was in het najaar 2019.

De DPG raad heeft een onderzoeksvoorstel bij minister Hugo de Jonge ingediend om een vijfjarig onderzoeksprogramma (=brede gezondheidsmonitor naar effecten van COVID-19) uit te voeren naar de effecten van de crisis op gezondheid. Na een ramp, crisis, zwaar ongeval, (milieu-)incident of uitbraak van infectieziekten kan gezondheidsonderzoek worden ingezet. Het doel daarvan is om inzicht te krijgen of de ramp gezondheidsgevolgen heeft en/of getroffen personen behoefte hebben aan medische zorg of praktische ondersteuning. De GGD geeft advies over gezondheidsonderzoek na rampen (GOR) en het bevoegd gezag (in dit geval de Minister van Volksgezondheid) bepaalt uiteindelijk of het wordt uitgevoerd. Bij de uitvoering van GOR heeft de GGD een coördinerende taak. Als de minister van VWS het onderzoeksvoorstel accordeert betekent dit dat een extra meting voor jongeren in 2021 wordt gefinancierd vanuit VWS. Gemeenten krijgen dan extra gegevens over het functioneren van de jeugd (o.a. in relatie tot Covid-19). Naar verwachting wordt hierover door de minister nog dit jaar (2020) over besloten.

Indien de minister besluit het vijfjarig onderzoeksprogramma niet te accorderen dan zal de landelijke werkgroep Harmonisatie besluiten om de uitvoering van de volgende GMJ met één jaar te vervroegen ten opzichte van de huidige vierjaarlijkse cyclus (dus in plaats van reguliere uitvoering in 2023, uitvoering in 2022), zodat scholen niet tegelijkertijd voor deelname aan de GMJ als aan het landelijke Peilstations onderzoek genotmiddelen van het Trimbos Instituut worden benaderd.

Indien minister besluit het vijfjarenonderzoeksprogramma te accorderen betekent dit ook een aanpassing van de planning en uitvoering monitor jongvolwassenen (MJV). De monitor Jong volwassenen sluit inhoudelijk aan op bovengenoemd landelijk onderzoeksprogramma. De regio Utrecht en stad Utrecht waren al voornemens om een onderzoek naar jongvolwassenen begin 2021 uit te voeren. In verband met het landelijke onderzoeksprogramma kan het zijn, afhankelijk van besluitvorming, dat zowel de opzet van het onderzoek en de inhoud van de vragenlijst aangepast zal worden.

GGDrU houdt haar gemeenten op de hoogte van de bovenstaande ontwikkelingen.

3.11 Ophoging steekproef volwassenen en seniorenonderzoek 2024

Op verzoek van het algemeen bestuur van de GGDrU is de steekproef t.b.v. het gezondheidsonderzoek onder volwassenen en senioren in 2020 opgehoogd. De extra kosten voortkomende uit deze uitbreiding zijn betaald vanuit een reserve die was vrij gevallen (rond de €100.000). In de structurele begroting die vierjaarlijks wordt opgebouwd t.b.v. de uitvoering van het gezondheidsonderzoek onder volwassenen en senioren zijn de kosten bestemd voor een steekproef op gemeenteniveau. Samen met gemeenten wordt de komende periode verkend wat de wensen en mogelijkheden zijn voor een uitbreiding van de steekproef op wijkniveau voor het onderzoek in 2024. De resultaten hiervan worden besproken met het algemeen bestuur.

3.12 Nieuwe inburgeringswet per 2022

Naar verwachting treedt de nieuwe inburgeringswet per januari 2022 in werking, waardoor de gemeenten verantwoordelijk worden om statushouders te ondersteunen met inburgeren in hun gemeente. De verhoogde instroom van statushouders was voor GGD regio Utrecht eind 2017 reden om hierin hun dienstverlening onder de loep te nemen. In overleg met de gemeenten en statushouders hebben teams van de GGDrU daarop hun werkwijze verbeterd of nieuwe hulpmiddelen ontwikkeld.

Om statushouders wegwijs te maken in het gezondheidszorgsysteem in Nederland heeft het team gezondheidsbevordering vier voorlichtingsmodulen ontwikkeld. Een pool van professionals heeft deze voorlichtingen de afgelopen jaren in bijna alle gemeenten (binnen gemeentelijke participatietrajecten) aangeboden. Insteek was dat gemeenten deze voorlichtingen als maatwerk kunnen afnemen.

Met de komst van de nieuwe inburgeringswet in januari 2022 kan GGDrU advies geven op grond van de ervaringen van de afgelopen jaren en gemeenten ondersteunen met o.a. preventieve en informerende voorlichtingen op diverse thema's.

3.13 Ombuigingsplan

In de afgelopen jaren heeft GGDrU een ombuigingsplan opgesteld met als doel om de basis op orde te brengen ten aanzien van de bedrijfsvoering. Dit betreft de bedrijfsvoering in brede zin. Ook de vervanging van het digitaal kind dossier maakt hier onderdeel van uit. Hiertoe was het noodzakelijk om intensiveringen te plegen, waarbij GGDrU zich als doel heeft gesteld deze te dekken door besparingen te realiseren. Dit met als doel geen eenmalige dan wel structurele bijdrage van de gemeenten te vragen. De financiële implicaties zijn vertaald in een ombuigingsplan, dat in 2017 voor het eerst bestuurlijk is voorgelegd. In de afgelopen jaren is halfjaarlijks een actualisatie van dit ombuigingsplan bestuurlijk voorgelegd.

Vanaf de start in 2017 was (ook bestuurlijk) duidelijk dat dit een ambitieus plan was, waarbij wel inzet van incidentele dekkingsmiddelen (al dan niet gedeeltelijk aanwenden van enkele beschikbare reserves als ook de inzet van positieve exploitatiesaldo's van de afgelopen jaren) nodig was.

Daarbij was ook een aandachtspunt dat werd voldaan aan de vrijwaringsbepaling. Dit houdt in dat de gemeente Utrecht niet wordt aangeslagen voor de intensiveringen aangaande de JGZ-taken.

Bij de huidige actualisatie van het ombuigingsplan, die in december 2020 in het algemeen bestuur wordt voorgelegd, blijkt dat al veel intensiveringen en besparingen

gerealiseerd zijn. Alleen door de uitgestelde oplevering van het nieuwe digitale kind dossier (GGiD), dat nu voor het eerste half jaar van 2021 is voorzien, zijn de hiermee gepaard gaande besparingen nog niet gerealiseerd. Ook de uitrol van een nieuwe telefooncentrale, waarbij GGDrU deelneemt aan de landelijke aanbesteding via VNG Realisatie, is nog niet afgewikkeld.

De recente actualisatie van het ombuigingsplan (AB december 2020) laat zien dat een deel van de totale intensiveringen over de periode 2020-2023 niet geheel wordt afgedekt door de totale besparingen over deze periode. Het bestuur heeft bij de eerste versie van het ombuigingsplan (juni 2017) ingestemd om de hiervoor beschikbare reserves (indien nodig) als ook eventuele positieve exploitatiesaldi van GGDrU in te zetten. Dat betreft een substantieel deel van de algemene reserve en enkele bestemmingsreserves. Dit heeft wel als consequentie dat de verwachte reservepositie van GGDrU per eind 2023 net voldoende is om over voldoende weerstandscapaciteit te beschikken.

Tevens laat de recente actualisatie van het ombuigingsplan zien dat vanaf 2024 nog een jaarlijkse besparingsopgave van €59k resteert. Gezien de omvang van dit bedrag wordt vooralsnog verwacht dat hiervoor binnen de beschikbare middelen van GGDrU een dekking kan worden gevonden.

De verwachting is dat in maart 2021 nagenoeg alle intensiveringen en besparingen in redelijke mate bekend zijn. Daarom wordt voorgesteld om vanaf het begrotingsjaar 2022 het inzicht in de financiële effecten van de ombuiging via de reguliere P&C producten te laten verlopen. Daar kan een start worden gemaakt met de concept begroting 2022.

Bijlage 1 Wettelijke basis taken 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 onderbrengen bij de GGD van werkzaamheden rond prenatale voorlichting en het grootste deel van de jeugdgezondheidszorg. Deze werkzaamheden van GGD regio Utrecht 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 onderzoek (FMO), Forensisch medisch expertise Kindermishandeling (FMEK), 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.

Productenkwadrant

Om in één oogopslag inzichtelijk te maken welke werkzaamheden en taken GGDrU uitvoert voor haar gemeenten, en op welke basis zij dat doet, is in de afgelopen jaren een productenkwadrant ontwikkeld.

De eerste dimensie, de verticale as, betreft zijn de werkzaamheden die op basis van *wetgeving (Wpg of anders) verplicht* moet worden belegd bij een GGD of onder de verantwoordelijkheid van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) vallen. Deze taken worden voornamelijk gefinancierd uit een gemeentelijke inwonerbijdrage. Daartegenover staan taken die GGDrU uitvoert, maar die niet wettelijk verplicht door GGDrU hoeven te worden uitgevoerd.

Een tweede dimensie, de horizontale as, bestaat uit collectief- niet collectief. Taken, die vanuit het collectief van de gemeenten in de regio Utrecht bij GGDrU zijn belegd en taken die op individuele basis dan wel voor enkele gemeenten door GGDrU worden uitgevoerd.

In opdracht van gemeenten en wettelijk verplicht uit te voeren door GGD en/of onder de verantwoordelijkheid van de DPG



[* Uitgezonderd de gemeente Utrecht en Vianen (0-4 jaar]. Hierbij is nog geen rekening gehouden met besluitvorming inzake de toetreding van gemeente Vijfheerenlanden].

Figuur 2: Productenkwaadrant GGDrU

In het productenkwaadrant zijn overigens alleen de taken opgenomen, die GGDrU in opdracht van gemeenten uitvoert.

Basispakket

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 wordt de *basis-taakuitvoering* genoemd. Het daarbij horende pakket aan producten noemen wij het *basispakket*.

Basispluspakket

In het kwadrant linksonder staan de taken die alle of vrijwel alle gemeenten bewust gezamenlijk hebben ondergebracht vanwege de benodigde specialisme en kwaliteit alsmede efficiency. Deze taakuitvoering wordt de *basisplus-taakuitvoering* genoemd. Het daarbij horende pakket aan producten noemen wij het *basispluspakket*. Binnen dit pakket

bevinden zich ook producten die de 26 gemeenten als collectief op verzoek van het Rijk laten uitvoeren.

Intensiveringspakket

Sommige gemeenten willen iets meer afnemen dan in het basispakket zit. Dat kan: onder de wettelijke normen uitvoeren is niet toegestaan maar boven de wet presteren wel. Het kan ook voorkomen dat een groep van gemeenten dit werk samen willen laten doen; ook in dat geval voert GGDrU dat uit per individuele gemeente. De gemeenschappelijke regeling voorziet namelijk alleen in de mogelijkheid van individuele dienstverlening, waartoe de gemeente en GGDrU een overeenkomst afsluiten. Deze individuele intensivering van werk dat in het collectief wettelijk verplichte basispakket zit wordt *geïntensiveerde taakuitvoering* genoemd. Het daarbij horende pakket aan producten noemen wij het *intensiveringspakket*.

Maatwerkpakket

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. Deze individuele relatief vrije taakuitvoering wordt *maatwerktaakuitvoering* genoemd. Het daarbij horende pakket aan producten noemen wij het *maatwerkpakket*.

Basistaken voor de gemeente Utrecht

Binnen het arrangement dat ten grondslag ligt aan de totstandkoming van GGDrU is voor de gemeente Utrecht met instemming van alle gemeenten een aantal specifieke afspraken gemaakt. Het betreft de deelproducten 'gezondheidsbevordering' en 'epidemiologie'. Deze houden in dat het basispakket voor de gemeente Utrecht voor op een iets andere wijze wordt uitgevoerd. Vanzelfsprekend zijn er bij het arrangement sluitende afspraken gemaakt over de financiering, en wel zodanig dat binnen het collectief van 26 geen voor- en nadeelsituaties aan de orde zijn.