

VOLGNUMMER  
63-2014

DATUM  
20-05-2014

TEAM  
Welzijn, Zorg en Gezondheid

CORRESPONDENTIENUMMER  
2014-19959

BIJLAGEN  
Div.

RAADSCOMMISSIE  
Breed Welzijn

ONDERWERP RAADSVORSTEL  
Jaarrekening 2013 en Begroting 2015 GGDZL.

STELLER  
Reiters/350 5415  
herman.reiters@maastricht.nl

## AAN DE GEMEENTERAAD,

### 1. Samenvatting

De Jaarrekening 2013 en de Begroting 2015 van de GGD-ZL worden aan u voorgelegd ter zienswijze. Het Algemeen Bestuur stelt deze stukken vast op 2 juli 2014 na kennis te hebben genomen van de zienswijzen van de deelnemende gemeenten.

#### Jaarrekening 2013

In 2013 heeft de GGD haar taken naar behoren kunnen uitvoeren. In 2013 boekte de GGDZL voor beide onderdelen GGD en Acute Zorg (Ambulancedienst) een negatief exploitatieresultaat dat in beide gevallen wordt opgevangen door de bestaande reserves. Deze verliezen waren voorzien, gezien de transformatie van de GGD ivm de bezuinigingstaakstelling.

Daarnaast heeft men ook de afwaardering van de beide panden in Heerlen en Geleen ad € 4.703.977 ten laste gebracht aan het resultaat 2013. Hierover werd in januari 2014 uitvoerig de zienswijze van gemeenteraden gevraagd, en werd besloten conform het advies van onze raad en de grote meerderheid van de deelnemende gemeenten. Gemeenten kunnen hun bijdrage in dit verlies over meerdere jaren uitsmeren. Voor Maastricht betekent dit een totaalbedrag van € 900.000. In de Marap 2014 zullen dekkingsvoorstellen hiervoor worden gedaan.

#### Begroting 2015

Met de begroting 2015 wordt de financiële taakstelling van 11% op het onderdeel GGD afgerond. De bijdrage van Maastricht bedraagt € 1.896.521. Dit is hoger dan hiervoor in onze gemeentelijke begroting is opgenomen (€1.850.989). Nadere dekkingsvoorstellen zullen in het budgettair kader 2015 e.v. worden opgenomen.

2015 is het laatste jaar van de beleidscyclus 2012-2015. In 2015 zal voor de komende 4-jaren-periode op basis van de recente gegevens in de regionale Volksgezondheid Toekomst-verkenning (3<sup>e</sup> kwartaal 2014) een nieuw regionaal beleidsplan worden voorbereid, waarbij er wederom scenario's worden opgesteld ten aanzien van de financiële kaders.

### 2. Beslispunten

Voorgesteld wordt om de zienswijze van uw Raad kenbaar te maken aan het AB van de GGDZL als volgt:

1. Positief ten aanzien van de Jaarrekening 2013 van de GGD-ZL
2. Positief ten aanzien van de Begroting 2015 van de GGD-ZL



### 3. Aanleiding

Bijgevoegd zijn de jaarrekening 2013 en de concept-begroting GGD 2015. De GGD-ZL is een Gemeenschappelijke Regeling (GR) voor de 18 Zuid-limburgse gemeenten, ter uitvoering van ons gezamenlijk Publieke gezondheidsbeleid. Het Algemeen Bestuur van deze GR wordt bemenst door de portefeuillehouders van de 18 gemeenten en heeft een eigenstandige bevoegdheid terzake van de vaststelling van jaarstukken en begroting. Evenwel nadat de afzonderlijke raden om hun zienswijze is gevraagd. Het AB stelt beide document vast op 2 juli 2014.

### 4. Relatie met bestaand beleid

#### a. Relevante regelgeving

- Wet publieke gezondheid (Wpg)
- Gemeenschappelijke Regeling GGD Zuid Limburg

#### b. Historisch perspectief

De GGD zit in een transitiefase. De Zuid-Limburgse gemeenten hebben de GGD - gefaseerd tot 2015 - een cumulatieve taakstelling van 11% opgelegd (zie ook raadsstuk Toekomstscenario's GGD, mei 2011.). Het begrotingsjaar 2015 jaar is het laatste jaar van de transitie. De begroting sluit qua inhoud en opzet aan bij de begroting van 2012, 2013 en 2014.

In februari 2014 heeft de GGD (na de deelnemende gemeenten geconsulteerd te hebben) besloten om de beide panden in Geleen en Heerlen te verkopen en opdracht te verlenen om nieuwbouw in Heerlen te realiseren, waar men dan huisvesting zal huren. Hierdoor wordt er boekverlies op beide panden geleden.

### 5. Gewenst beleid en mogelijke opties

#### 5.1. Jaarrekening 2013.

In 2013 heeft de GGD haar taken naar behoren kunnen uitvoeren. In 2013 boekte de GGDZL voor beide onderdelen GGD en Acute Zorg (Ambulancedienst) een negatief exploitatieresultaat dat in beide gevallen wordt opgevangen door de bestaande reserves. Deze verliezen waren voorzien, gezien de transformatie van de GGD ivm de bezuinigingstaakstelling.

Daarnaast heeft men ook de afwaardering van de beide panden in Heerlen en Geleen ad € 4.703.977 ten laste gebracht aan het resultaat 2013. Hierover werd in januari 2014 uitvoerig de zienswijze van gemeenteraden gevraagd, en werd besloten conform het advies van onze raad en de grote meerderheid van de deelnemende gemeenten. Gemeenten kunnen hun bijdrage in dit verlies over meerdere jaren uitsmeren. Voor Maastricht betekent dit een totaalbedrag van € 900.000. In de Marap 2014 zullen dekkingsvoorstellen hiervoor worden gedaan.

#### 5.2. Begroting 2015

De begroting 2015 van de GGD Zuid Limburg is opgesteld conform de regels zoals vastgesteld in het Besluit Begroting en Verantwoording provincies en gemeenten (BBV). In navolging van voorgaand jaar is ook voor 2015 een compacte publieksbegroting gemaakt.

Voor deze begroting 2015 zijn de volgende kaders gehanteerd:

- Financiële taakstelling op basis van toekomstscenario 2 (11% taakstelling 2015 t.o.v. 2010) voor de programmalijn GGD, inclusief de bijbehorende fasering en de transitiekosten. In 2015



bezuinigt de GGD cumulatief 11 % ten opzichte van de oorspronkelijke begroting 2010. Ofschoon het huisvestingstraject een forse vertraging heeft opgelopen en begin dit jaar nog verwacht werd dat de laatste bezuinigingstranche in 2015 hierdoor niet gehaald zou worden, is er toch een modus gevonden in het kader van tijdelijke overgangshuisvesting om de resterende taakstelling in 2015 te realiseren.

- Loon- en prijsindex; Er wordt een samengestelde gemiddelde indexering van 0,84% gehanteerd. Dit op basis van de voorlopige gegevens van het CPB. In de jaarrekening 2015 zal gerekend worden met de daadwerkelijke index. Om te voorkomen dat er te grote verschillen bij de herrekening ontstaan zal bij significante afwijkingen in deze index (meer dan € 0,10 per inwoner) de begroting worden bijgesteld.

- De bijdrage aan het Basispakket wordt per gemeente vastgesteld op basis van een bedrag per inwoner. Jaarlijks wordt dit bedrag aangepast op basis van het inwonertal in het jaar T-2. De inwonerspopulatie van Zuid-Limburg is het afgelopen jaar afgenomen. De verschillen per gemeente kunnen echter groot zijn. Er zijn gemeenten die aanzienlijk zijn gedaald, terwijl Maastricht de enige gemeente was met een groeiend inwonertal.

- De totale bijdrage van de gemeente Maastricht voor 2014 is berekend op € 1.896.521.

- Basispakket	€ 1.635.349
- Zorgnetwerken	92.472
- Dig.dossier JGZ	47.779
- Extra contact 14+	88.898
- Basisbijdrage HG	<u>32.032</u>
	€ 1.896.521

### 5.3. Nieuwe beleidsperiode, nieuwe taakstellingen.

Bij de zienswijze op de huisvesting van de GGD in januari 2014 werd door de raad het dringend advies aan het AB GGD-ZL geformuleerd om een onderzoek te doen naar verdergaande bezuinigingen teneinde het financiële nadeel van de afwaardering deels hierdoor op te vangen. Het AB GGD-ZL besloot om dit advies op te volgen per de volgende beleidsperiode 2016-2019. In 2015 zal voor de komende 4-jaren-periode op basis van de recente gegevens in de regionale Volksgezondheid Toekomst-verkenning (3<sup>e</sup> kwartaal 2014) een nieuw regionaal beleidsplan worden voorbereid, waarbij er wederom scenario's worden opgesteld op basis van een aantal financiële (bezuinigings-)kaders. De gemeenten kunnen dan opnieuw hun zienswijze kenbaar maken welk scenario met bijbehorend financieel kader de voorkeur heeft voor de komende beleidsperiode.

## 6. Duurzaamheid en gezondheid

GGD is de uitvoerder van ons gemeentelijk (en regionaal) gezondheidsbeleid.

## 7. Personeel

n.v.t.

## 8. Informatie en automatisering

n.v.t.



## 9. (Duurzame) aanbestedingen

Niet van toepassing. GGD is een Gemeenschappelijke Regeling van de 18 Zuid-limburgse gemeenten.

## 10. IBOR beheersparagraaf

n.v.t.

## 11. Financiën

### Bijdrage Maastricht.

De totale bijdrage van de gemeente Maastricht voor 2014 is berekend op € 1.896.521  
(Zie bijlage)

Dit bedrag is hoger dan hiervoor in onze programmabegroting is opgenomen: € 1.850.989

Berekende bijdrage 2015		Programmabegroting 2015	
Basispakket	1.635.349	Basispakket	1.595.614
Zorgnetwerken	92.472	Zorgnetwerken	92.472
Dig.dossier JGZ	47.779	Dig.dossier JGZ	47.779
Extra contact 14+	88.898	Extra contact 14+	82.192
Basisbijdrage HG	<u>32.032</u>	Basisbijdrage HG	<u>32.932</u>
	€ 1.896.521		€ 1.850.989

### Gemeentelijke bezuiniging vs indexering en demografische ontwikkeling.

In de GGD begroting is de bezuinigingstaakstelling verwerkt: 11% bezuinigingen in 2015 t.o.v. 2010. Deze bezuiniging wordt gefaseerd bereikt in de periode 2012 t/m 2015.

Voor Maastricht zou dit een bezuiniging van € 190.000 betekenen (ingeboekt vanaf 2015).

Echter door een tweetal factoren zal deze taakstelling voor onze gemeente in 2015 niet geheel gehaald worden, cq leidt doorrekening van deze taakstelling uiteindelijk tot een begrotingstekort:

1. Indexering: In de jaren 2012 en 2013 is in de GGD-begrotingen rekening gehouden met indexering terwijl in onze gemeentelijke begroting de nullijn werd gehanteerd.

2. Demografie-effect op de gemeentelijke bijdrage aan GGD: De gemeentelijke bijdrage voor het basispakket van de GGD wordt vastgesteld op basis van het inwonertal. Maastricht is de enige zuid-limburgse gemeente die de afgelopen jaren groeide, terwijl de meeste Zuid-Limburgse gemeenten zelfs te maken hadden met krimp. Door deze eigenstandige ontwikkeling wordt het Maastrichtse aandeel in de GGD-begroting groter.

Deze beide factoren leiden nu tot een tekort van € 45.532. Dit tekort zal worden meegenomen in het budgettair kader 2015 e.v.

## 12. Voorstel

Voorgesteld wordt om de zienswijze van uw Raad kenbaar te maken aan het AB van de GGDZL:

1. Positief ten aanzien van de Jaarrekening 2013 van de GGD-ZL
2. Positief ten aanzien van de Begroting 2015 van de GGD-ZL



VOLGNUMMER  
63-2014

### 13. Vervolg / Planning

Na besluitvorming door uw Raad zal de zienswijze schriftelijk kenbaar worden gemaakt aan het Algemeen Bestuur van de GGD-ZL. Tevens zal wethouder Damsma als lid van het Algemeen Bestuur van de GGD-ZL dit mondeling in de bestuursvergadering van 2 juli 2014 nader toelichten.

Burgemeester en Wethouders van Maastricht,

De Secretaris,                      De Burgemeester,

P.J. Buijtels.                      O. Hoes.

**Raadsvoorstel**



BIJLAGE

I

VOLGNUMMER

63-2014

**DE RAAD DER GEMEENTE MAASTRICHT,**

gezien het voorstel van Burgemeester en Wethouders d.d. 20 mei 2014, team Welzijn, Zorg en Gezondheid , no. 2014-19959;

gehoord de commissie Breed Welzijn ;

**BESLUIT:**

De zienswijze van de gemeente Maastricht als volgt kenbaar te maken aan het AB van de GGD-ZL:

1. Positief ten aanzien van de Jaarrekening 2013 van de GGD-ZL
2. Positief ten aanzien van de Begroting 2015 van de GGD-ZL

Aldus besloten door de raad der gemeente Maastricht in zijn openbare vergadering van 17 juni 2014 .

De Griffier,

De Voorzitter,

**Raadsbesluit**

# Factsheet Huisvesting



## Het huisvestingsdossier financieel vertaald

Op 19 februari jl. heeft het Algemeen Bestuur inzake de huisvesting ingestemd met het voorstel tot gunning van de opdracht aan VolkerWessels. Dit besluit heeft consequenties voor de begroting 2015 en het jaardocument 2013. In deze memo staan de consequenties kort toegelicht.

### Begroting 2015 GGD

Het huisvestingstraject is met ruim een jaar vertraagd. Hierdoor was onzeker of de beoogde taakstelling van € 500.000 op de huisvesting voor 2015 gehaald kon worden. De exploitatie van de GGD biedt geen ruimte voor verdere bezuinigingen. De verwachting is dat door het optimaliseren van het planningsproces, de fiscaliteiten en de tijdelijke huisvesting deze taakstelling voor 2015 reëel is. De begroting 2015 is daarom volledig opgesteld conform het afgesproken bezuinigings-scenario en kent feitelijk geen veranderingen als gevolg van het huisvestingsdossier.

### Jaardocument 2013

Hoewel het besluit tot gunning genomen is in 2014 en de contracten nog niet getekend zijn, is in samenspraak met de accountant de keuze gemaakt om in het jaardocument 2013 al rekening te houden met de consequenties van gunning van de opdracht aan VolkerWessels.

In de jaarrekening is het vastgoed gewaardeerd tegen het bod dat VolkerWessels heeft gedaan. Hierdoor ontstaat in 2013 een negatief resultaat van € 4.703.977 op huisvesting. Dit bedrag wijkt ongeveer € 47.000 af van het bedrag zoals dat is vermeld in de notitie huisvesting d.d. 17 december 2013. Dit wordt gecorrigeerd bij de definitieve afwikkeling van het dossier, waarbij het afgesproken bedrag uit deze notitie maatgevend is.

In het jaardocument 2013 wordt nog geen besluit gevraagd over de resultaatsbestemming van het bovengenoemde negatieve resultaat. Dit zal aan de orde zijn op het moment dat de contracten getekend zijn en ook de analyse waarnaar de gemeente Maastricht heeft gevraagd is afgerond. Besluitvorming inzake het huisvestingsresultaat zal in de loop van 2014 aan het Algemeen Bestuur worden voorgelegd.

### **Consequenties voor gemeenten in de gemeentelijke jaarrekening**

De keuze voor gunning leidt tot een negatief resultaat op huisvesting en heeft direct consequenties voor het jaardocument 2013 van de GGD. De gemeenten hebben verschillende mogelijkheden om met dit negatieve resultaat om te gaan:

1. In de gemeentelijke jaarrekening van 2013 al een post opnemen inzake het te verwachten negatieve resultaat.
2. Als gemeente in 2014 het daadwerkelijke negatieve resultaat verwerken.
3. Het daadwerkelijke negatieve resultaat als gemeente verdelen over meerdere boekjaren (bijvoorbeeld 2014 en 2015).

Het verdient de voorkeur met uw gemeentelijke accountant in overleg te treden wat voor u de meest wenselijke optie is en wat voor de accountant hierin acceptabel is.

De verwerking van het negatieve resultaat in de jaarrekening is niet afhankelijk van een betaling van (of een deel van ) het boekverlies. Betalingsafspraken zijn maatwerk.





# Op zoek naar de juiste balans

GGD ZUID  
LIMBURG

Jaarverslag 2013

# Voorwoord

De zorg en vooral de gezondheidszorg staan onder grote druk. Het moet allemaal anders. Hoe anders ligt niet vast en iedereen heeft daar zijn eigen ideeën over. Ook in het sociale domein kennen gemeenten door de drie grote decentralisaties forse, ingrijpende veranderingen. Als publieke organisatie moeten we weloverwogen keuzes maken en daarvoor de juiste manieren en middelen kiezen. In onze visies en toekomstscenario's hebben we beschreven hoe wij onze taak op het gebied van publieke gezondheid en veiligheid de komende jaren willen invullen. Deze visies moeten ons helpen om in deze tijden van bezuinigingen de juiste keuzes te maken.

Om blijvend te kunnen aansluiten bij en inspelen op de maatschappelijke ontwikkelingen en gezondheidsproblemen is het belangrijk voor de GGD om te blijven leren, te blijven vernieuwen. In 2013 hebben we onze aandacht gericht op het verhogen van de kwaliteit van de medewerkers, het verbeteren van samenwerkingsvormen zowel binnen de organisatie als ook met de gemeenten en onze samenwerkingspartners, en het verbeteren en vernieuwen van de dienstverlening.

Zoals u in dit jaarverslag kunt lezen, hebben de inwoners van Zuid-Limburg in 2013 gebruik kunnen maken van de vertrouwde dienstverlening van de GGD. Wij zijn trots op de vernieuwingen die hierin hebben plaatsgevonden, klein en groot. Zo bieden de klein maar fijn

onderzoeken concrete antwoorden op gemeentelijke praktijkvragen. Aan onze ambitie om de krachten te bundelen en bondgenoten te zoeken wordt zichtbaar invulling gegeven in de samenwerking met de eerstelijnszorg, onder andere via de huisartsen en onze betrokkenheid bij de sociale wijkteams. Op gebied van infectieziekten en medische milieukunde bundelen we onze krachten zelfs euregionaal. 2013 was ook het jaar waarin we de deuren openden van het Centrum seksueel geweld Zuid Limburg.

Natuurlijk heeft een GGD, die midden in de maatschappij staat, te maken met de huidige financiële werkelijkheid. Zo kennen ook wij de nodige forse financiële ombuigingen. Het blijft zoeken naar de goede balans tussen de noodzakelijke inhoudelijke vernieuwingen en de bezuinigingstaakstelling van 11%. Omdat vernieuwing in 2013 in alle bedrijfsonderdelen centraal stond, was de behoefte aan tijdelijke extra investeringen groot. Dit terwijl gemeenten van de GGD verwachten dat alle vernieuwingen zonder aanvullende (tijdelijke) middelen inhoud moeten krijgen. In 2013 heeft door de vernieuwde werkwijze binnen de jeugdgezondheidszorg op deze afdeling een forse financiële omslag kunnen plaatsvinden. De door de afdeling Kennis & Innovatie uitgevoerde gezondheidsonderzoeken op wijkniveau geven een concrete zichtbaarheid aan de investeringen die gedaan zijn op het gebied van de gezondheidsinformatie. ▶

Ook het huisvestingsvraagstuk heeft ons beziggehouden. Een groot deel van de taakstelling die de komende jaren behaald moet worden, kan gerealiseerd worden als de GGD haar kantoorfuncties centraliseert. In 2013 heeft een Europese aanbesteding plaatsgevonden waarin de realisatie van een nieuw kantoorgebouw voor de GGD, de bouw van een nieuwe ambulancepost in Heerlen en de aankoop van het huidige vastgoed van de GGD is gecombineerd.

Na een jarenlange zoektocht ligt nu de mogelijkheid voor om een groot structureel financieel probleem op te lossen. De waardedaling van het huidig vastgoed van de GGD betekent wel dat aan gemeenten is gevraagd het incidentele boekverlies te compenseren. Dat maakte het geen gemakkelijke keuze. Met de op 19 februari jl. gemaakte keuze voor gunning van de aanbestede opdracht, is een duidelijk en toekomstgericht besluit genomen.

Helaas werden wij in mei 2013 ook geconfronteerd met een substantiële korting op het door zorgverzekeraars gefinancierde budget voor de ambulancezorg. Dit als gevolg van een nieuwe landelijke herverdeling van financiële middelen. Het blijft voor ons de grote uitdaging om met de opgelegde taakstellingen een kwalitatief goede dienstverlening aan de burger voorop te blijven stellen.

*Frank Klaassen, voorzitter directie*

*Fons Bovens, directeur*



‘De zorg en vooral de gezondheidszorg staan onder grote druk. Het moet allemaal anders. De GGD is op zoek naar de juiste balans.’

# Inhoud

- Over de GGD 5
- Jaarrekening 6
- Organogram 8
- Gezondheid en Maatschappelijke Participatie: Vertrouwde dienstverlening in een nieuw jasje 9
- Jeugdgezondheidszorg: Hulp is licht waar het kan, zwaar als het moet 15
- Kennis & Innovatie: Wij laten gemeenten van elkaar leren 20
- Seksuele gezondheid, Infectieziekten en Milieu: Het diverse werkveld 24
- Acute Zorg: Een kijkje achter de schermen 30

# Over de GGD

De GGD Zuid Limburg is een gemeenschappelijke regeling die is ingesteld door de 18 gemeenten in Zuid-Limburg. De organisatie kent de volgende onderdelen:

- **Bestuur:** Conform de wettelijke bepaling in de wet gemeenschappelijke regelingen bestaat de bestuursstructuur uit een Algemeen Bestuur, een Dagelijks Bestuur en een voorzitter. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de GHOR ligt bij het VeiligheidsBestuur Zuid-Limburg. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van deze taken is via een bestuursovereenkomst opgedragen aan de GGD Zuid Limburg.
- **Directie:** De directie bestaat uit twee leden en is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding en het beheer van de organisatie en legt hiervoor verantwoording af aan het Dagelijks Bestuur.
- **Afdelingen:** Onder de directie vallen vijf uitvoerende afdelingen en twee ondersteunende afdelingen.

## ► Personeelsgegevens 2013

	2012 1 januari	GGD Zuid Limburg 31 december	Landelijk
Aantal fte	384 fte	352 fte	
Aantal medewerkers	477	471	
% mannen	45% (214)	45% (214)	53%
% vrouwen	55% (263)	55% (257)	47%
Gemiddelde leeftijd	45 jaar	46 jaar	47 jaar
Deeltijdwerken	54%	55%	41%
Verzuimpercentage	4,9%	6,2%	5,3%

Het ziekteverzuim is in 2013 gestegen. Opvallend is dat het langdurig verzuim binnen de GGD hoog is. De individuele verzuimgevallen zijn onderwerp van gesprek tussen bedrijfsarts, afdelingshoofd en de afdeling PTO. Het gestegen verzuimpercentage zal in 2014 meer aandacht krijgen. Daarnaast wordt, passend bij de ambitie van de GGD om een vernieuwende en lerende organisatie te zijn, in 2014 een accent gelegd op strategische personeelsplanning en mobiliteit van medewerkers.

## Klachten

Klachten kunnen zowel mondeling als schriftelijk gemeld worden. Bij een mondelinge klacht wordt direct geprobeerd de klacht in overleg met de klager op te lossen. Een schriftelijke klacht wordt binnen de GGD onderzocht en daarna besproken met de klager. Als de klager dit wenst wordt een bemiddelingsgesprek ingepland. De ervaring leert dat de klacht daarna meestal is opgelost. Als dit niet zo is kan de klager de klacht voorleggen aan de klachtencommissie van de GGD.

## ► Klachten in 2013

Aantal	Opgelost in bemiddelingsfase	Afgehandeld in klachtencommissie
33	32	1

# Jaarrekening 2013 (Balans per 31 december 2013)

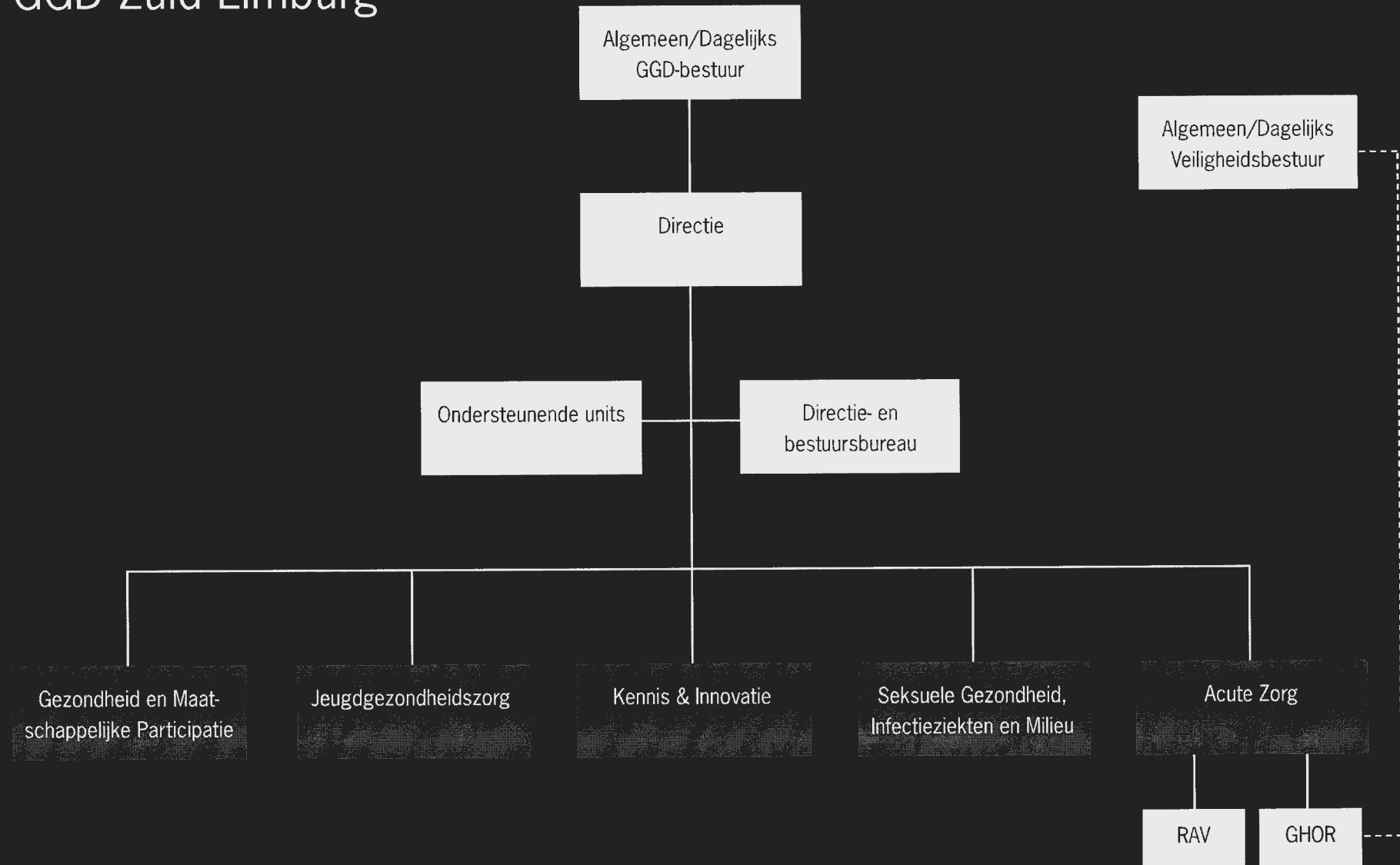
	31 december 2013	31 december 2012
<b>Activa</b>		
Vaste activa		
<b>Materiële vaste activa</b>		
Investeringen met economisch nut	10.424.367	15.408.912
<b>Financiële vaste activa</b>		
Kapitaalverstrekkingen aan deelnemingen	189.469	-
Overige langlopende leningen	200.000	-
	389.469	-
<b>Totaal vaste activa</b>	<b>10.813.836</b>	<b>15.408.912</b>
Vlottende activa		
<b>Vorraden</b>	9.588	3.508
<b>Uitzettingen met een rente typische looptijd</b>		
Korter dan één jaar:		
Vorderingen op openbare lichamen	4.532.950	1.641.696
Rekeningen couranten	190.364	1.538.369
Overige vorderingen	4.289.658	1.805.319
	9.012.972	4.985.384
<b>Liquide middelen</b>	1.616.993	2.077.163
<b>Overlopende activa</b>	3.246.086	5.883.677
<b>Totaal vlottende activa</b>	<b>13.885.639</b>	<b>12.449.732</b>
<b>Totaal activa</b>	<b>24.699.475</b>	<b>28.358.644</b>

	31 december 2013	31 december 2012
<b>Passiva</b>		
Vaste passiva		
<b>Eigen vermogen</b>		
Algemene reserve	279.743	206.418
Reserve aanvaardbare kosten	5.988.505	6.756.185
Overige reserves	1.040.851	1.860.052
Nog te bestemmen Resultaat	-5.500.349	-577.025
	1.808.750	8.245.630
<b>Voorzieningen</b>		
Voorzieningen voor verplichtingen, verliezen en risico's	443.329	312.712
<b>Vaste schulden met een rente typische looptijd van langer dan één jaar:</b>		
Onderhandse leningen van binnenlandse banken en overige financiële instellingen	9.652.100	7.877.204
Vlottende passiva		
<b>Netto vlottende schulden met een rente typische looptijd korter dan één jaar:</b>		
Banksaldi	6.173.020	7.477.613
Rekening couranten	-	-
Overige schulden	5.961.045	1.673.326
	12.134.065	9.150.939
<b>Overlopende passiva</b>		
Vooruit ontvangen bedragen	661.231	2.772.159
<b>Totaal vlottende passiva</b>	<b>12.795.296</b>	<b>11.923.098</b>
<b>Totaal passiva</b>	<b>24.699.475</b>	<b>28.358.644</b>

## Rekening van baten en lasten 2013 per bedrijfsonderdeel

	Rekening 2013 GGD	Biggestelde begroting 2013 GGD	Rekening 2013 Acute Zorg	Biggestelde begroting 2013 Acute Zorg	Rekening 2013 Totaal	Biggestelde begroting 2013 Totaal
<b>Opbrengsten</b>						
Bijdragen gemeenten	11.084.067	11.357.374	886.340	873.327	11.970.407	12.230.701
Bijdragen centrum gemeenten	-	115.682	-	-	-	115.682
Bijdrage Rijk/Provincies	2.212.158	1.417.613	1.585.192	1.585.040	3.797.350	3.002.653
Inkomsten NZA	-	-	16.870.089	16.164.217	16.870.089	16.164.217
Overige bijdragen	4.380.696	3.470.228	3.772.778	1.200.000	8.153.474	4.670.228
<b>Totale opbrengsten</b>	<b>17.676.921</b>	<b>16.360.897</b>	<b>23.114.399</b>	<b>19.822.584</b>	<b>40.791.320</b>	<b>36.183.481</b>
<b>Exploitatiekosten</b>						
Personeelskosten	13.351.949	11.516.792	18.130.668	15.516.273	31.482.617	27.033.065
Huisvestingskosten	1.195.199	1.192.502	1.055.680	901.000	2.250.879	2.093.502
Beheers- en administratiekosten	1.594.469	1.405.171	2.858.171	1.998.951	4.452.640	3.404.122
Automatiseringskosten	1.532.346	1.249.756	872.305	412.266	2.404.651	1.662.022
Kosten medische middelen	622.715	793.190	653.289	516.000	1.276.004	1.309.190
Kosten uitvoering van derden	98.779	82.600	60.388	2.000	159.167	84.600
Kosten Veiligheidsregio	-	-	179.000	130.094	179.000	130.094
Kosten verbindingen	18.365	-	96.977	358.000	115.342	358.000
Kosten communicatiemiddelen	71.019	120.886	574	10.000	71.593	130.886
Kosten waardevermindering onroerend goed	4.703.977	-	-	-	4.703.977	-
<b>Totale exploitatiekosten</b>	<b>23.188.818</b>	<b>16.360.897</b>	<b>23.907.082</b>	<b>19.844.584</b>	<b>47.095.870</b>	<b>36.205.481</b>
Resultaat voor bestemming	-5.511.897	-	-792.683	-21.010	-6.304.550	-22.000
Mixtoef in reserves gaaiende het jaar	723.716	-	80.485	22.000	804.201	22.000
Nog te bestemmen resultaat	-4.788.181	-	-712.168	-	-5.500.349	-
Resultaat waardevermindering onroerend goed	-4.703.977	-	-	-	-4.703.977	-
Reguler bedrijfsresultaat	34.204	-	712.168	-	-796.372	-

# Organogram GGD Zuid Limburg





# Vertrouwde dienstverlening in een nieuw jasje



Gezondheid en Maatschappelijke Participatie

## Gezondheid en Maatschappelijke Participatie (GMP)

De afdeling Gezondheid en Maatschappelijke Participatie (GMP) komt op voor mensen in een kwetsbare positie. Zij hebben vaak op meerdere gebieden problemen en vinden het moeilijk om goed voor zichzelf te zorgen. Daardoor kunnen ze vaak ook niet goed meedoen in de samenleving. De doelgroep van GMP is heel divers. Voorbeelden van mensen waar de medewerkers van deze afdeling zich voor inzetten zijn o.a. slachtoffers van huiselijk geweld, maar ook de dakloze die geen hulp wil en daardoor steeds dieper in de problemen raakt. Om goede hulp te kunnen bieden aan hen die deze hulp het hardst nodig hebben, werkt de afdeling intensief samen met gemeenten, wijknetwerken, scholen, politie, woningcorporaties en zorg- en welzijnsinstellingen. Samen met hen helpt GMP deze mensen om (weer) de verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid.

### De afdeling GMP aan het woord:

#### Zet mensen weer in hun eigen kracht!

'De manier waarop in Nederland naar mensen in een kwetsbare positie wordt gekeken, is de laatste tien jaar sterk veranderd' vertelt Michel Limpens, afdelingshoofd GMP. 'Waar voorheen het accent lag op 'recht op zorg', wordt nu vooral gekeken naar wat nodig is om 'mensen in hun eigen kracht zetten'. De GGD levert nog steeds de vertrouwde dienstverlening. Maar de afdeling zoekt continu naar nieuwe initiatieven om optimaal aan te sluiten bij het vernieuwde landelijke overheidsbeleid en inrichting van dit beleid door de gemeenten.

'Een heel duidelijke omslag is zichtbaar binnen de sociaal medische advisering (SMA). Vroeger werd de arts van de unit sociaal medische zorg vooral ingezet om een advies te geven naar aanleiding van een aanvraag voor recht op zorg, bijvoorbeeld over het plaatsen van traplift in huis. Nu neemt de SMA-arts steeds meer deel aan medische adviesteams en sociale wijkteams. Hier wordt het door de cliënt ervaren probleem of hulpvraag niet alleen bekeken vanuit medische oogpunt maar vanuit een bredere sociale samenhang. Hierbij is er zeker ook aandacht voor de samenwerking met de huisarts, een belangrijke partner in de eerstelijnszorg. Hoewel het soms nog zoeken is naar de meest effectieve invulling van de nieuwe rol van de SMA-arts, weten we wel welke vraag we willen beantwoorden: Hoe organiseren we een beter op elkaar afgestemde dienstverlening voor burgers die het zelf niet redden?' Limpens verwacht dat er de komende jaren steeds meer interactie zal zijn tussen de burgers en de zorgprofessional om in de eigen omgeving te kijken naar welke hulp iemand nodig heeft en waar zelfredzaamheid gestimuleerd kan worden. Door te praten met burgers en door de samenwerking te zoeken met zorgprofessionals in de directe omgeving kunnen problemen in de wijk beter en sneller in kaart worden gebracht. ▶

# Aantal aanvragen in medisch adviesteam besproken



\* In de gemeenten Maastricht, Meerssen, Schinnen, Valkenburg en Voerendaal wordt geen advieswerk verricht in kader van de WMO.

## Aanvragen en adviezen sociaal medische advisering (SMA)

In 2013 werden er 6.860 aanvragen in het medisch adviesteam besproken in totaal 1030 uur. Dit is een lichte afname van het aantal aanvragen t.o.v. 2012 (N = 7.250). Door de vernieuwde werkwijze is er nu eerst een duidelijke vraagverkenning alvorens een aanvraag wordt ingediend bij de GGD. In deze vraaggesprekken worden burgers aangesproken op hun eigen zelfredzaamheid.

Om diezelfde reden is ook een daling bij het aantal adviezen na spreekuur-bezoek merkbaar. In 2013 werden er 2.766 adviezen afgegeven na spreekuurbezoek t.o.v. 2012 (N = 3.117).

## Cijfers

### ► Aantal cliënten OGGZ in 2013 naar jaar van instroom

Regio	≤2008	2009	2010	2011	2012	2013	Totaal
Zuidelijk Zuid Limburg	1	7	12	73	198	194	485
Westelijke Mijnstreek	4	3	17	58	109	159	350
<b>Totaal</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>29</b>	<b>131</b>	<b>307</b>	<b>353</b>	<b>835</b>

## Zelfredzaamheidsmatrix

'Bij de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) werken we sinds medio 2012 met de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM),' vertelt Limpens. 'Deze matrix meet hoe goed iemand in staat is om zelfstandig te functioneren in zijn dagelijkse leven. Het instrument geeft een goed beeld van de zelfredzaamheid van een cliënt en helpt onze professional om de cliënt efficiënter en meer planmatig te begeleiden. Er wordt gekeken naar de zelfredzaamheid op 11 domeinen. Zo wordt er bijvoorbeeld gekeken naar hoe iemand zijn financiën op orde heeft, hoe iemand woont en leeft en hoe de lichamelijke of geestelijke gesteldheid is van iemand. Onze medewerkers gebruiken landelijk vastgestelde richtlijnen om elk gebied te scoren op zelfredzaamheid. Met behulp van deze score kan dan heel gericht worden gekeken welke interventies geschikt kunnen zijn voor deze cliënt. Dat is input voor het plan dat wordt opgesteld.'

Onze medewerkers gebruiken deze matrix meerdere keren achter elkaar. Zo kun je kijken of je voortgang boekt in relatie tot het beoogde plan. In 2013 is geïnvesteerd in de kennis van de ZRM, de afdeling heeft nu een eigen gecertificeerde trainer.

In de toekomst willen we de ZRM breder gaan inzetten. Door het verzamelen van individuele cliëntinformatie kunnen er cliëntprofielen worden vastgesteld. Bij de profielen kan dan worden gezien welke interventies bewezen effectief zijn en welke niet of welk zorgaanbod het beste aansluit bij het bepaalde profiel.'

## Aandacht voor laaggeletterdheid

Een ander nieuw initiatief in 2013 is de aandacht voor laaggeletterdheid. Limpens legt uit: 'Nog te vaak zijn we er ons als professional onvoldoende van bewust dat sommige mensen onze informatie onvoldoende begrijpen. Als je je realiseert dat gemiddeld 14% van de Zuid-Limburgse bevolking moeite heeft met lezen en schrijven dan moet je de conclusie trekken dat ook de GGD te maken heeft met laaggeletterde mensen. In 2013 is de GGD toegetreden tot het bondgenootschap laaggeletterdheid Parkstad, waardoor de GGD gebruik kan maken van de daar aanwezige kennis. De GGD heeft een plan opgesteld om ervoor te zorgen dat alle GGD-professionals zich meer bewust gaan worden van het feit dat ze regelmatig met deze doelgroep te maken hebben en wat dat betekent voor de uitvoering van hun werk. Door middel van scholing kunnen we werken aan verbeterde competenties om met laaggeletterdheid om te gaan in het dagelijkse werk. Een mooi resultaat is bereikt in Kerkrade; een gemeente met relatief veel laaggeletterde mensen. De gemeente en de GGD hebben de bestaande cursus "gezond omgaan met voeding en inkomen" aangepast en geschikt gemaakt voor mensen die laaggeletterdheid zijn.'

Met hulp van waardevolle tips en adviezen van taalambassadeurs van het Arcuscollege is het bestaande cursusmateriaal aangepast. Een ontwikkeling die in de toekomst zeker een vervolg zal krijgen.'

## Patiënten horen niet in een politiecel

In het verleden kwam het voor dat een verward persoon in een crisissituatie in een politiecel werd ingesloten. Sinds dit jaar wordt er met nieuwe afspraken gewerkt om dit zoveel mogelijk te voorkomen. 'Een goede ontwikkeling', zo vindt Limpens die ook de forensische dienst en de arrestantenzorg in zijn afdeling heeft. 'Wanneer de politie nu een verward persoon aantreft wordt via de huisarts de crisisdienst van de GGZ - instelling opgeroepen. Binnen twee uur heeft de politie dan assistentie van een medewerker GGZ. De politie brengt de verwarde persoon naar een locatie waar de crisisdienst kan beoordelen of de persoon aan een stoornis lijdt en behandeling nodig heeft. De crisisdienst regelt het vervoer naar de behandellocatie. Er is alleen politie-begeleiding als zowel crisismedewerker als politie dit nodig vindt. Verwarde personen worden alleen nog ingesloten als ze extreem gewelddadig zijn of een strafbaar feit hebben gepleegd.'

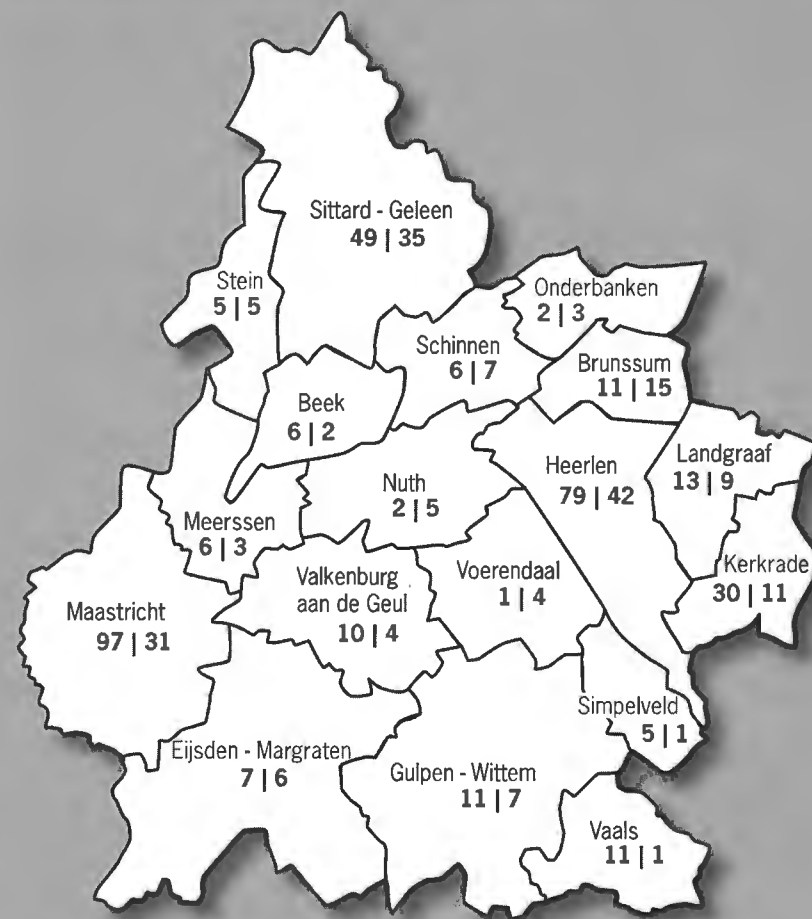
In 2013 werden 1.962 verrichtingen (2012 N = 2.349) geregistreerd inzake de dienstverlening aan politie en justitie. Deze verrichtingen worden door de politie gefinancierd.

## NODO

De NODO (Nader Onderzoek DoodsOorzaak) procedure is wettelijk verankerd in de Wet op de Lijkbezorging. De wet houdt in dat bij elke onverklaard overleden minderjarige een verplicht nader onderzoek moet plaatsvinden. Bij de forensisch dienst zijn in 2013 49 meldingen (2012 N = 60) binnengekomen inzake het overlijden van jeugdigen. In Zuid-Limburg heeft slechts

1 NODO procedure plaatsgevonden in 2013. De NODO-procedure is met ingang van 1 januari 2014 beëindigd vanwege de hoge kosten en de zeer beperkte medische bevindingen leidend naar een niet natuurlijk overlijden.

## Aantal Lijkschouwen/euthanasiën per gemeente in 2013



Het linker getal is het aantal lijkschouwingen en het rechter getal het aantal euthanasiën.

## Je leven weer terug door AWARE systeem

Sinds 1 juli 2013 zijn beroepskrachten verplicht de meldcode huiselijk geweld te gebruiken bij een vermoeden van geweld in huiselijke kring. 'Wij hebben - net als alle andere organisaties - moeten vastleggen hoe we de meldcode in onze praktijk vormgeven', vertelt Limpens. 'Daarnaast hebben onze medewerkers huiselijk geweld voor Zuid-Limburg in kaart gebracht wat de stand van zaken is van de implementatie meldcode in de verschillende organisaties. Waar nodig hebben zij geholpen bij deze implementatie. Het aantal telefonische meldingen bij Stichting Huiselijk Geweld (SHG) neemt toe. Professionals melden zich steeds meer voor ondersteuning en advies bij casuïstiek in relatie tot de meldcode. Hierdoor komt het melden van huiselijk geweld steeds meer uit de taboesfeer. Wat opvalt is dat de gemelde casuïstiek steeds heftiger wordt.



Een waardevol nieuw initiatief op het gebied van huiselijk geweld vind ik het AWARE alarmeringssysteem waarvan onze medewerkers de coördinatie voor heel Zuid-Limburg vervullen', vertelt Limpens. 'Het systeem is bedoeld om slachtoffers van huiselijk geweld beter te beschermen. De ervaringen zijn heel positief. Door het alarmsysteem durven personen die zich bedreigd voelen weer de straat op. Het AWARE systeem wordt vooral gebruikt om vrouwen te beschermen tegen dreigend geweld van (ex)partners. Vrouwen die bedreigd worden, krijgen een speciaal apparaatje waarmee je met een enkele druk op de knop de politie kan waarschuwen bij ervaren dreiging. De politie ontvangt deze melding en kan door de ingebouwde GPS ontvanger direct ter plaatse komen. De politie handelt dit alarm af met de hoogste prioriteit. In Zuid-Limburg zijn alle beschikbare AWARE apparaten (30) het gehele jaar ingezet.' ■

Hulp is licht waar het kan,  
zwaar als het moet



Jeugdgezondheidszorg

## Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

De Jeugdgezondheidszorg wil dicht bij het kind en zijn omgeving staan. Ze helpt ouders, leidsters van kinderdagverblijven, leerkrachten en andere professionals om signalen te herkennen als het mis dreigt te gaan met een kind en is dichtbij om daar snel op te kunnen reageren. De jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen houden ook zelf een vinger aan de pols, doordat ze de kinderen op vaste momenten zien en regelmatig op scholen zijn. Door problemen vroegtijdig aan te pakken, willen ze voorkomen dat de groei en ontwikkeling van het kind ernstig verstoord raken.

Elk kind en gezin de aandacht en zorg geven die ze nodig hebben, dat is waar de JGZ naartoe wil. Ze neemt de zorg voor het kind niet over, maar maakt het gezin en de mensen om dat gezin heen sterker. Dat doet ze niet alleen, maar samen met een groot aantal partners in de zorg. Samen met hen kan de JGZ goed boven tafel krijgen wat er precies aan de hand is en welke hulp nodig is.

## De afdeling JGZ aan het woord:

### Aandacht voor ieder kind

'Onze medewerkers hebben direct contact met alle kinderen op enkele belangrijke momenten in de groei en ontwikkeling van kinderen vertelt Lidy van der Goot, afdelingshoofd JGZ. 'Om deze zorg zo optimaal mogelijk in te richten is er voor gekozen om deze contactmomenten een andere eigentijdse invulling te geven, zoals in de werkwijze 'De jeugd dichtbij' (juni 2011) is beschreven. Hierbij is ook aandacht geweest voor een taakherschikking. Een groot deel van de nieuwe contacten is de verantwoordelijkheid van de jeugdverpleegkundige geworden. Deze vernieuwing zie je ook op andere terreinen in de zorg. Ook in de huisartsenpraktijk worden steeds meer taken verricht door (gespecialiseerde) verpleegkundigen. De jeugdartsen krijgen hierdoor meer tijd voor de risicokinderen.

Alle kinderen krijgen een gezondheidsonderzoek rond de leeftijd van 5 jaar. In het jaar dat de kinderen 9 jaar worden ontvangen ze de DTP/BMR vaccinaties zoals vastgesteld in het Rijksvaccinatieprogramma. Op 10-jarige leeftijd controleert de doktersassistente op school lengte en gewicht bij alle kinderen en bekijkt ze op basis van de - door ouders ingevulde - vragenlijst of het wenselijk is een gesprek bij de jeugdverpleegkundige of jeugdarts in te plannen. Omdat 2012 in het teken heeft gestaan van de vele veranderingen zijn naast de 10-jarigen in 2013 ook nog de 11-jarigen door de doktersassistente gezien. In het jaar dat meisjes 13 jaar worden krijgen ze de oproep voor de HPV-vaccinatie. In het voortgezet onderwijs krijgen de leerlingen in de 2de klas weer een onderzoek. Ook hier heeft een belangrijke verandering plaatsgevonden in 2013. Waar de jeugdverpleegkundige voorheen een aaneengesloten periode per jaar op school was, is de jeugdver-



pleegkundige nu door spreiding van deze onderzoeken over het hele schooljaar (twee)wekelijks op school aanwezig. Hierdoor is de jeugdverpleegkundige heel goed bereikbaar en is het voor leerlingen gemakkelijker om hun vragen en problemen bespreekbaar te maken.

Extra aandacht is er voor kinderen die nieuw in deze regio komen wonen. Van deze kinderen wordt het dossier opgevraagd en nagekeken om te kijken of er bijzonderheden zijn en of er zorg moet worden overgenomen. Daarnaast wordt het dossier van iedere 19-jarige gecheckt voordat het dossier in het archief wordt opgeborgen. Dit om er zeker van te zijn dat eventuele zorg gecontinueerd blijft.'

### **Hulp is licht waar het kan, zwaar als het moet**

'Met het efficiënter inrichten van de contactmomenten voor alle kinderen, kunnen de jeugdartsen zich meer focussen op de kinderen waarvoor extra aandacht nodig is,' vertelt Van der Goot. 'Het werk van de jeugdarts richt zich vooral op het verder onderzoeken van gesignaleerde risico's bij kinderen (probleeminventarisatie), waar mogelijk normaliseren en het voorkomen van ernstige problematiek. Kinderen waarbij risico's worden gesignaleerd worden extra in de gaten gehouden. Zodra er sprake is van een verhoogd risico wordt maatwerk geleverd met als doel snel de juiste hulp te bieden en op deze manier zwaardere hulpverlening te voorkomen. Het zorgoverleg gaat niet langer óver een gezin maar vindt plaats mét het gezin. Niet het probleem overnemen van ouders maar samen zoeken naar een oplossing, ouders in hun kracht zetten.'

Volgens Van der Goot moet je een risicokind blijven volgen, ook al is passende zorg ingezet. 'Indien meerdere hulpverleners bij de zorg betrokken zijn, wordt deze zorg goed afgestemd met elkaar én met het gezin. Er moet een duidelijk doel zijn en de afspraken moeten worden nagekomen. Op zo een moment

is het belangrijk dat er zorgcoördinatie wordt uitgevoerd. Wij werken met zorgcoördinatie volgens de methodiek 1gezin1plan. De zorgadviesteams op scholen blijven belangrijk om de zorgleerlingen binnen de school te bespreken. Daar waar individuele zorgtrajecten nodig zijn, wordt een zorgcoördinator aangewezen en ronde tafel bijeenkomsten georganiseerd.'

'Deze werkwijze is in 2013 helemaal afgestemd op de werkprocessen van onze eigen afdeling', vertelt Van der Goot. 'Een instrument als de verwijsindex ondersteunt hulpverleners in hun samenwerking en onderlinge afstemming. In dit systeem melden hulpverleners wanneer zij zich zorgen maken over een kind. Zo weet een hulpverlener sneller of dit kind reeds bekend is bij zijn collega's en kan er afstemming worden gezocht over de aanpak. In het kader van de ketensamenwerking is in 2013 ook de samenwerking gezocht met de huisartsen. De huisarts is vaak beter bekend met de thuis-situatie van het gezin en heeft daarom een belangrijke toegevoegde waarde bij de probleeminventarisatie, zodat de meest geschikte hulp ingeschakeld kan worden voor dit kind en gezin.'

## Triple P

Gemeenten hebben de wettelijke opdracht om binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) te zorgen voor ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden. De inzet van de Triple-P methodiek is bedoeld voor het ondersteunen van ouders.

Triple-P staat voor Positief Pedagogisch Programma en richt zich op het voorkomen van (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door versterking van opvoedkundige vaardigheden van ouders met kinderen in de leeftijd van 0-12 jr.

De jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten hebben de training Triple-P gevolgd. 'In 2013 is een implementatieplan Triple-P gemaakt en hebben we de methodiek al gebruikt bij overgewicht en zindelijkheidsproblemen. In 2014 wordt Triple-P als werkwijze geïmplementeerd in de reguliere werkzaamheden van de jeugdgezondheidszorg,' aldus Van der Goot.



## Goed op weg naar 2015

'De jeugdgezondheidszorg zet vooral in op het voorkomen van problemen. Het is daarom belangrijk dat we problemen vroeg kunnen signaleren. Hierbij maken we steeds meer gebruik van de signaalfunctie van de omgeving van kinderen en het gezin zoals de scholen en kinderdagverblijven. Maar ook de samenwerking met onze ketenpartners in de zorg wordt steeds belangrijker: goed weten van elkaar wat ieder te bieden heeft en waarin we elkaar kunnen ondersteunen. Ook door wijkgericht te werken kunnen problemen met jeugd voorkomen worden. Veel gemeenten zijn bezig met pilots wijk- of buurtgericht werken. Het nieuwe is dat niet de gemeente maar bewoners en professionele organisaties aangeven wat er in de buurt of wijk moet gebeuren om de leefbaarheid te verbeteren. Het gaat om samen denken, praten, keuzes maken en doen.

De jeugdgezondheidszorg participeert in deze pilots. Vanuit het CJG nemen we deel aan sociale (wijk)teams. Samen met andere organisaties wordt gekeken naar welke problemen er spelen en welke hulp hier het beste bij past. Door het beter inspelen op de lokale situatie kunnen we maatwerk bieden met betere resultaten.

Het nieuwe jeugdstelsel gaat in 2015 in werking. Dit betekent dat de gehele jeugdzorg onder verantwoordelijkheid komt van de gemeenten. Deze transitie gaat gepaard met inhoudelijke vernieuwingen, waar we als jeugdgezondheidszorg al vorm en inhoud aan geven. Voorzieningen en hulpverleners moeten zich meer gaan richten op de versterking van de eigen kracht van kinderen, jongeren en opvoeders. Snel de passende zorg leveren in een zo licht mogelijke vorm. Terugblikkend kan ik alleen maar stellen dat de jeugdgezondheidszorg met haar visie "De jeugd dichtbij" goed aansluit op deze nieuwe ontwikkelingen.'

## Cijfers

### ► Vaccinatiegraad

Gebied/onderwijs	DTP ZL	DTP NL	BMR ZL	BMR NL	HPV ZL	HPV NL
2001	93,6%	93,0%	93,6%	92,6%		
2002	93,0%	93,1%	93,1%	92,9%		
1997					59,2%	56,0%
1998					59,6%	58,1%

**Toelichting:** De vaccinatiegraad van DTP en BMR in Zuid-Limburg is wederom ruim hoger dan de streefwaarde van 90% en wijkt nauwelijks af van het landelijk gemiddelde. De vaccinatiegraad van HPV stijgt licht en is iets hoger dan het landelijk gemiddelde.

### ► Risicozorg

Soort onderzoek	Aantal onderzoeken
Onderzoek op indicatie	4.461
Onderzoek op verzoek	1.152
<b>Totaal</b>	<b>5.613</b>

**Toelichting:** Een onderzoek op indicatie komt voort uit een periodiek gezondheidsonderzoek. Een onderzoek op verzoek kan aangevraagd zijn door de jeugdige zelf, een ouder of ketenpartner. Dit cijfer geeft uitsluitend inzicht in het aantal onderzoeken en geen informatie over het aantal kinderen dat van risicozorg gebruik maakt. Eén kind kan meerdere onderzoeken op indicatie hebben gehad.

### ► Opkomstpercentage bij periodieke gezondheidsonderzoeken

Periodiek gezondheidsonderzoek	Aantal uitnodigingen	Aantal onderzoeken	Opkomstpercentage
5 jaar	4.689	4.151	89%
10 jaar	11.081	9.816	90%
2e klas voortgezet onderwijs	6.024	5.086	86%
Speciaal onderwijs	765	647	85%
<b>Totaal</b>	<b>22.559</b>	<b>19.700</b>	



# Wij laten gemeenten van elkaar leren

Kennis & Innovatie

## Kennis & innovatie

De gemeenten krijgen steeds meer wettelijke taken op het gebied van gezondheid, zorg en wonen en moeten ook nog eens fors bezuinigen. De adviseurs van Kennis & Innovatie (K&I) helpen gemeenten bij deze lastige opgave. Dit vraagt om een nieuwe kijk op zorg en gezondheid. Een brede kijk waarin de burger centraal staat, omdat gezondheid bijvoorbeeld ook te maken heeft met de omgeving waarin iemand woont.

Naast kennis staat onze afdeling ook voor innovatie. Innovatie is nodig in een tijd waarin gezondheidszorg onbetaalbaar dreigt te worden. Als expert op het gebied van gezondheid en als schakel tussen overheid en zorgveld zetten we de zorgvragen van dit moment om in concrete projecten.

## De afdeling K&I aan het woord:

### Klein maar Fijn

'In 2013 hebben we volop gewerkt aan de Klein maar Fijn projecten. Dit zijn projecten waarbij de nadruk ligt op de praktijk, kortdurend en goedkoop onderzoek. Met het Klein maar Fijn onderzoek speelt de GGD in op de behoefte van gemeenten aan kortdurende onderzoeken (3 tot 6 maanden) die resulteren in adequate en toepasbare beleidsadviezen voor de praktijk. Gemeenten kunnen ons relevante, vaak praktische vragen voorleggen', vertelt Raymond Stijns, afdelingshoofd K&I.

'Wij vertalen de vraag naar een concrete onderzoeksvraag die vervolgens - ondersteund door studenten van de Universiteit Maastricht - als stage opdracht uitgevoerd kan worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om studenten geneeskunde of gezondheidswetenschappen. De GGD zorgt voor de begeleiding van de studenten en het contact met de gemeente. Op wetenschappelijk vlak wordt de student begeleid door de universiteit. Als de onderzoeken zijn afgerond, presenteren de studenten hun bevindingen aan de betrokken gemeenten. Samen met de gemeenten denken we vervolgens na over de toepassing van de onderzoeksresultaten in de praktijk. De resultaten worden ook schriftelijk vastgelegd in een factsheet. Hiermee geven we ook andere gemeenten inzage in de innovatieve projecten waar wij mee bezig zijn. Gemeenten kunnen op deze manier van elkaar leren.'

Eén van de klein maar fijn onderzoeken werd in 2013 uitgevoerd voor de gemeente Vaals. Deze gemeente krijgt tijdelijk landelijke subsidie om een beweegmakelaar in te schakelen. Het doel van de beweegmakelaar is om inwoners van Vaals - die gezondheidswinst kunnen behalen door meer te bewegen maar dit niet of te weinig doen - met behulp van begeleiding in te laten stromen in het bestaande beweegaanbod van de gemeente Vaals. ▶

Dorien Hodiamont, medewerker van K&I, vertelt:

'De gemeente wil graag een goed onderbouwde keuze maken wat ze moeten doen als de subsidiegelden stoppen. Gaan we dan verder met de beweegmakelaar? Vaals wil met behulp van een onderzoek een wetenschappelijk fundament geven aan de (tussentijdse) evaluatie van dit project. Het is natuurlijk moeilijk om op korte termijn al echt effecten te laten zien maar het is wel mogelijk om met behulp van onderzoek concrete resultaten in kaart te brengen.

In 2013 is daarom de voortgang van dit project onderzocht. Vragen zoals, wordt de beoogde doelgroep bereikt? of hoe verloopt een doorverwijzing naar de beweegmakelaar? worden onderzocht. Maar ook vragen als hoe en welke gegevens worden bijgehouden en is dat voldoende om het project goed te kunnen evalueren? zijn meegenomen in het onderzoek. Het onderzoek heeft geleid tot concrete aanbevelingen aan de gemeente Vaals. Zo is een ander registratiesysteem geadviseerd waardoor de voortgang beter kan worden gevolgd. Maar ook is gewezen op het essentiële belang van continue aandacht voor communicatie rondom de werkwijze van de beweegmakelaar en de resultaten. Voor zowel inwoners alsook voor de professional die moet zorgen voor de doorverwijzing.'

### **Van cijfers tot actie**

De GGD levert gezondheidsinformatie door het doen van onderzoek. In 2013 werd in Zuid-Limburg de jeugdmonitor uitgevoerd. Eerder werd dit onderzoek in 2009 uitgevoerd. Hieruit bleek destijds onder andere dat de gemiddelde leeftijd waarop jeugdigen in Zuid-Limburg beginnen met drinken 11 jaar is. Eén derde van de 14 - 15-jarigen gaf in dat onderzoek aan in de afgelopen 4 weken dronken te zijn geweest. Vooral "binge"-drinken (in één keer veel alcohol drinken) blijkt een groot probleem. Schokkende feiten als je beseft dat overmatig alcoholgebruik grote gezondheidsrisico's kent zoals blijvende hersenschade en/of ongelukken. 'Dit was aanleiding voor de Zuid-Limburgse

burgemeesters en wethouders om het thema alcohol als beleidsspeerpunt te benoemen', vertelt Mieke Steenbakkers, medewerker K&I.

'Het Veiligheidsbestuur heeft inmiddels gekozen voor een regionale aanpak van dit maatschappelijke thema waarbij alle 18 gemeenten het belang en de ernst moeten gaan inzien van dit probleem en hun beleid erop afstemmen. Een beleid dat niet alleen bestaat uit het aanpassen van de wet- en regelgeving, maar ook het gericht uitvoeren van controles en zorgen voor handhaving van deze regels. Daarnaast moet er door het geven van goede voorlichting gewerkt worden aan het besef bij de jonge alcoholgebruikers, hun verzorgers en ondernemers. Deze ambities zijn gebundeld in het project drank en Horecawet; Hoe zorgen we voor minder en minder snel alcoholgebruik bij jongeren in de 18 gemeenten. De GGD is samen met de verslavingszorg de kartrekker van dit project en heeft een bijdrage geleverd aan het binnenhalen van subsidiegelden om dit project mede te financieren,' aldus Steenbakkers.

# Wat is de Jeugdmonitor?

**Wanneer:** 4 jaarlijks, laatste keer: oktober 2013

**Wat:** Onderzoek naar gezondheid van jongeren in Limburg; vragen over gezondheid, leefgewoonten, risicogedrag zoals alcohol en roken, school

**Wie:** Alle leerlingen in het 2de en 4de leerjaar  
Voorgezet (speciaal) onderwijs

**Hoe:** Na een informatiebrief voor de ouders ontvangen de jongeren een papieren vragenlijst of een krascode waarmee ze digitaal kunnen inloggen op de vragenlijst

**Waar:** Op school

**Respons:** Tussen de 80 en 90%

## Cijfers

### ► Overzicht van uitgevoerde onderzoeken in 2013

Thema	Klein maar fijn onderzoek	Langer lopend onderzoek	Bevolkings- onderzoek (Monitoring)	Rapportages/ presentaties
Jeugd	4	2	1	9
Volwassenen			1	
Ouderen	6	1		6
Wijk	6			12
Eenzaamheid	1			
Integraal beleid/ samenwerking	4	2		
Roken	1	1		
Alcohol	1	1		3
3 D's (WMO)	5	1		5
Curatie/preventie	2	1		4
Bewegen	3	1		
Luchtweg		1		
Depressie	1			1
Mantelzorg	1	1		1
Laaggeletterdheid				1
Overgewicht	1	3		9
Data/kennis- netwerken	1	2		3
Uitvoerings- programma				18
Onderwijs		1		
<b>Totaal</b>	<b>37</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>72</b>

# Het werkveld is divers



Seksuele gezondheid, Infectieziekten en Milieu



## Seksuele gezondheid, Infectieziekten en Milieu

'Het werkveld van de afdeling Seksuele gezondheid, Infectieziekten en Milieu is heel divers', vertelt afdelingshoofd Prof. dr. Christian Hoebe. 'De sociaal verpleegkundigen en artsen van de unit Seksuele Gezondheid zien jaarlijks duizenden jongeren die zich willen laten testen op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) of die vragen hebben over seksualiteit. Ze gaan ook naar groepen toe die meer dan anderen risico lopen op een soa om voorlichting te geven en te testen.'

De inspecteurs van de unit Hygiëne en Inspectie bezoeken naast kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en gastouders, ook schoonheidssalons, tattoo- en piercingstudio's en seksinrichtingen. Ze kijken niet alleen naar hygiëne, maar ook naar veiligheid van ruimtes en materialen en naar de manier waarop de leidsters met de kinderen omgaan. Voor een groot aantal infectieziekten (waaronder tuberculose, Q-koorts, hepatitis A en legionella) bestaat een wettelijke meldingsplicht zodat de bron van besmetting kan worden achterhaald en risicocontacten opgespoord kunnen worden. Tevens neemt de unit Infectieziektebestrijding maatregelen om verdere verspreiding tegen te gaan. Om dezelfde reden dient ook het gelijktijdig vóórkomen van meerdere gevallen van een infectieziekte binnen een instelling aan de GGD te worden gemeld.

De unit Medische Milieukunde staat voor burger, gemeente, provincie en anderen klaar om te adviseren en te ondersteunen daar waar de (volks) gezondheid beïnvloed wordt door aspecten uit onze leefomgeving. De unit adviseert bijvoorbeeld bij milieu-incidenten en bouwplannen.'

## De afdeling SIM aan het woord:

### Meer waar nodig, minder waar mogelijk

'De GGD voert al jaren inspecties uit bij de kinderopvang. Elk jaar stonden wij voor de deur, ook als een kinderdagverblijf de zaken altijd in orde had', aldus Marita Bastiaens, Unithoofd Hygiëne, Inspectie en Medische Milieukunde. 'Sinds 2009 is landelijk de weg ingeslagen om meer risicogestuurd te gaan inspecteren. Basisprincipe hierbij is: "meer waar nodig, minder waar mogelijk". Op basis van de landelijke richtlijnen, die moeten zorgen voor een uniforme werkwijze, heeft de GGD in 2012 van alle locaties in de kinderopvang risicoprofielen gemaakt. De risicoprofielen worden gekenmerkt door een kleur die de actuele situatie kenmerkt. De kleur van het risico bepaalt het aantal uur toezicht/inspectie op jaarbasis. Deze zijn landelijk vastgesteld. Aan de hand van deze risicoprofielen hebben we met iedere gemeente afspraken gemaakt over het aantal uren toezicht voor hun gebied in 2013', vervolgt Bastiaens haar verhaal. 'Het model is niet alleen handig om vooraf te bepalen hoeveel inzet er nodig is. Een bijkomend voordeel van deze risicoprofielen voor de gemeenten is dat ze beter zicht krijgen op de kwaliteit van kinderopvang in hun gemeente. Dit helpt een gemeente om de koers van het beleid te bepalen in het kader van kinderopvang.'

Een landelijke evaluatie over risicogestuurd toezicht is nog niet gereed, maar binnen de GGD is wel al teruggeblikt op deze nieuwe manier van toezicht houden. 'We hebben gezien dat het een hele omschakeling is geweest voor de medewerkers om volgens de nieuwe werkwijze te werken,' vertelt Bastiaens.

'Niet langer wordt bij iedere locatie alles onderzocht en nagevraagd. Daarentegen vraagt het wel van iedere inspecteur om bij iedere inspectie met een open vizier te kijken om eventuele achteruitgang of vooruitgang waar te nemen en waar nodig het risicoprofiel bij te stellen. Deze nieuwe manier van werken heeft in het begin onzekerheid met zich meegebracht. Maar het voelt ▶

voor de professionals wel als een goede ontwikkeling, de praktijk laat nu zien dat het toezicht steeds meer in de richting gaat van waar het nodig is'. In navolging van de buitenschoolse opvang, de gastouderbureaus en de kinderdagverblijven, zal ook het toezicht voor de peuterspeelzalen vanaf 2014 op deze manier vorm krijgen.

### **Actieve opsporing chronische Q-koorts in 2013**

In 2009 werd Zuid-Limburg getroffen door een uitbraak van Q-koorts. Daarbij werden 253 ziektegevallen aan de GGD Zuid Limburg gemeld. Hoewel de bron door ruiming van de zieke geiten verdwenen is en er sinds 2010 geen nieuwe besmettingen meer zijn gemeld, blijft Q-koorts een probleem. Dit komt omdat besmetting met Q-koorts in sommige gevallen kan leiden tot de zeer ernstige chronische vorm van de ziekte. In Zuid-Limburg is tot nu toe bij 20 mensen chronische Q-koorts vastgesteld. Het werkelijke aantal is waarschijnlijk hoger. 'Er is op verzoek van de gemeente Voerendaal in 2013 een grootschalig onderzoek naar chronische Q-koorts gedaan', vertelt Hoebe. 'Hiervoor zijn burgers benaderd bij wie de kans op chronische Q-koorts het hoogst werd ingeschat. Gelukkig werden er geen extra gevallen van chronische Q-koorts gevonden.'

### **Met onze buurlanden**

'Een infectieziekte of een ramp met gevaarlijke chemische stoffen houdt zich niet aan landsgrenzen,' vertelt Henriëtte ter Waarbeek, unithoofd Infectieziekte- en tuberculosebestrijding. 'Omdat een incident met chemische stoffen of een infectieziekte-uitbraak niet te voorspellen is, maar wel grote gevolgen kan hebben, hecht de GGD waarde aan structurele samenwerking met onze buurlanden. Zo is het EMRIC+(Euregio Maas-Rijn Interventie bij Crisis)-project ontstaan, waarin we met buurlanden samenwerken op het gebied van openbare veiligheid en volksgezondheid.'

'Met steun van de Europese Commissie en ministeries hebben GGD'en, ambulancediensten, ziekenhuizen, brandweer, universiteiten en onderzoeksinstituten van Nederland, België en Duitsland afspraken over deze samenwerking uitgewerkt. De GGD heeft afgelopen jaren op het gebied van infectieziektebestrijding en medische milieukunde samengewerkt met de Duitse en Belgische collega's. Eind 2013 liep het project EMRIC+ ten einde en is de balans opgemaakt', aldus Ter Waarbeek. 'EMRIC+ heeft geleid tot effectieve resultaten; een verbeterde internationale samenwerking, een euregionaal netwerk van professionals en concrete informatie- en kennisuitwisseling over de grenzen. Op gebied van infectieziekten is er een euregionaal protocol melding infectieziekten vastgesteld met o.a. afspraken over de uit te wisselen informatie. Ook is er een elektronisch Euregionaal Dashboard ontwikkeld, dat automatisch de relevante en actuele gegevens toont in de vorm van tabellen, kaarten en rapportages. Dit verschaft de betrokken professionals essentiële informatie over het wat, waar, wanneer en hoe van (uitbraken van) infectieziekten in de grensoverschrijdende regio'.

Op vrijdag 29 november werd het eindsymposium EMRIC+ in het MECC Maastricht georganiseerd. Hier werden alle projectresultaten en de praktische samenwerking getoond en geprezen. Op deze dag zijn bovendien diverse overeenkomsten ondertekend, belangrijk als basis voor de verdere grensoverschrijdende samenwerking.

### **Sense: Centrum Seksueel Geweld Limburg geopend**

12% van de vrouwen en 3% van de mannen in Nederland heeft ooit een verkrachting meegemaakt.

'Dit najaar is in Limburg het Centrum Seksueel Geweld (CSG) geopend', vertelt Anne-Marie Niekamp, unithoofd Seksuele Gezondheid. 'Dit is het derde centrum in Nederland. Het CSG Limburg is een samenwerkingsver-

band tussen het centrum seksuele gezondheid en forensisch arts van GGD Zuid Limburg, GGD Limburg-Noord en politie Limburg samen met een netwerk van andere zorgverleners'.

Het CSG is speciaal opgericht om slachtoffers die recent een aanranding of verkrachting hebben meegemaakt in de provincie Limburg zo snel mogelijk te helpen. Het centrum is 24 uur per dag / 7 dagen per week bereikbaar via T 088 1191 888.

Christian Hoebe, afdelingshoofd SIM, vertelt waarom dit een belangrijke stap is: 'Slachtoffers wachten nu nog vaak te lang met het zoeken van psychische en medische hulp. Hierdoor kampt de helft van de slachtoffers met ernstige psychische problemen en lichamelijke klachten. Het blijkt dat een goede eerste opvang door professionals het risico op medische problemen zoals SOA, HIV, letsel en ongewenste zwangerschap verkleint. Ook de kans op psychische problemen zoals een post traumatische stressstoornis of depressie is kleiner. Niet alleen op medisch en psychisch gebied zijn er voordelen, want een goede eerste opvang vergroot ook de kans om daders op te sporen. Het CSG stelt zich dan ook ten doel om voor deze deskundige eerste opvang te zorgen. In het CSG is alle zorg voorhanden die nodig kan zijn na een verkrachting of aanranding. Een speciaal getraind team van artsen en verpleegkundigen zorgt 24 uur per dag dat het CSG telefonisch bereikbaar is. We hebben het zo georganiseerd dat de verpleegkundige die het slachtoffer aan de lijn krijgt de zorgcoördinator wordt en het slachtoffer blijft volgen. Samen met de arts verzorgt de verpleegkundige de eerste psychologische en medische zorg. We kunnen ook de politie inschakelen, maar dit doen we alleen als het slachtoffer dit wenst.'

## Aantal vragen en meldingen Medische milieukunde van burgers 2013



## Cijfers

### ► Aantal inspecties hygiënzorg

Soort inspectie	2012	2013
Kindercentra	290	317
Gastouders	365	454
Peuterspeelzalen	160	182
Seksinrichtingen	17	11
Tattoo- en piercingstudio's	68	35
Publieksevenementen	11	18
<b>Totaal</b>	<b>911</b>	<b>1.017</b>

### ► Aantal consulten seksuele gezondheid

Soort consult	2012	2013
Persoonlijke soa-consulten	5.359	5.944
Consulten Sense < 25 jaar	1.511	1.673
Consulten Sense ≥ 25 jaar	165	243
Vindpercentage soa	13,8%	15,1%

**Toelichting:** Zowel het aantal soa- als het aantal Sense-consulten vertoont een stijgende lijn. De seksuele (on)gezondheid in de regio blijft een aandachtspunt omdat ook het vindpercentage verder blijft stijgen.

### ► Overzicht infectieziekten

Meldingsplichtige Infectieziekten	Aantal meldingen 2012	Aantal meldingen 2013
Acute hepatitis B	5	5
Chronische hepatitis B	29	33
E. Coli O157 infectie	12	4
Hepatitis A	6	5
Hepatitis C drager	19	12
Invasieve pneumokokken infectie	1	0
Invasieve Streptokokken (groep A) infectie	11	2
Q-koorts	0	2
Kinkhoest	769	219
Legionella longontsteking	23	26
Leptospirose	2	1
Malaria	5	3
Mazelen	0	2
Meningokokkenziekte	7	3
Papegaaenziekte	2	6
Shigella-infectie	5	8
Tyfus	0	0

**Toelichting:** De meeste infectieziekten wisselen licht over de tijd. Gelukkig werd kinkhoest in 2013 veel minder gemeld dan in dan in 2012. Toen was sprake was van een stevige epidemie (het werkelijke aantal kinkhoestgevallen ligt waarschijnlijk 70 -100x hoger). Opvallend in 2013 is het toenemend aantal gevallen van legionella longontsteking. Ondanks onderzoek kon geen cluster met gemeenschappelijke bron worden ontdekt.

## Cijfers

### ► Soa-vindpercentage

Soa-vindpercentage per groep afgelopen 2 jaar	2012	2013
Prostitutie vrouwen	11,6%	10,2%
Prostitutie mannen	22,4%	12,2%
MSM	24,5%	24,7%
Jongeren < 25 jaar	16,8%	18,2%

**Toelichting:** Duidelijk is dat mannen die seks hebben met mannen (MSM) qua soa een belangrijke doelgroep blijven maar ook bij jongeren onder de 25 jaar zien we een stijging.

### ► Aantal vaccinaties hepatitis B

Risicogroep	2012	2013
Druggebruikers	9	4
MSM (mannen die seks hebben met mannen)	454	520
Prostituees	200	194
Overige risicogroepen	79	28

**Toelichting:** MSM blijven belangrijkste doelgroep voor hepatitis B-vaccinatie.

### ► Tuberculosezorg

Samenvoerzucht	2012	2013
Aantal onderzochte personen	3.426	3.080
Röntgenonderzoek	1.819	1.816
Mantoux	671	529

**Toelichting:** Bij de tuberculose is duidelijk de dalende trend waarneembaar in verrichtingen. Om de kwaliteit van de tuberculosezorg te blijven garanderen, wordt de samenwerking met andere regio's versterkt. Hierbij wordt gewerkt aan een bovenregionaal expertisecentrum voor Zeeland, Brabant en Limburg.



# Een kijkje achter de schermen

Acute Zorg

## Acute Zorg

De Regionale Ambulance Voorziening (RAV) Zuid Limburg bestaat uit de ambulancezorg en de Meldkamer (MKA) en vormt samen met de GHOR (Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio) de afdeling Acute Zorg. Als elke seconde telt, rukken de ambulances met zwaailicht en sirene uit. Ook als een patiënt niet in levensgevaar is, maar wel dringend hulp nodig heeft, rijdt de ambulance er zo snel mogelijk naar toe. Daarnaast verzorgt de RAV vervoer op afspraak, bijvoorbeeld van ziekenhuis naar huis. De spin in het web van de ambulancezorg is de Meldkamer. Hier coördineren de centralisten de ambulancezorg en hebben zij contact met melders, de ambulanceteams en andere zorgverleners. Patiënten moeten de best mogelijke zorg krijgen, of het er nu twee, twintig of tweehonderd zijn. De GHOR zorgt ervoor dat de opschaling van dagelijkse naar grootschalige geneeskundige hulpverlening soepel verloopt.

## De afdeling Acute Zorg aan het woord:

### Van 112 tot in het ziekenhuis

De gele ambulances zijn niet meer uit het Nederlandse straatbeeld weg te denken. Per jaar worden alleen al in Zuid-Limburg ruim 40.000 ritten uitgevoerd. Dit gebeurt met de 32 voertuigen die de ambulancedienst heeft en die vanuit de locaties in Heerlen, Sittard-Geleen, Maastricht en Gulpen rijden. Waar maar weinig mensen bij stilstaan is hoe zo'n ambulancedienst achter de schermen werkt. Wat gebeurt er als je 112 belt? Wie schat er in of er sprake is van acute levensbedreiging? Hoe weten ze welk voertuig ze moeten sturen? En besteld vervoer, hoe gaat dat? Een kijkje achter de schermen...

#### 1. Melding

Een melder belt 112. Je krijgt dan de vraag wie nodig is: politie, brandweer of ambulance. In dat laatste geval wordt doorverbonden met de Meldkamer Ambulancezorg (MKA). Aan de telefoon zit een verpleegkundig centralist die zal achterhalen waar iets aan de hand is, wat het telefoonnummer van de melder is (voor het geval de verbinding wordt verbroken) en wat er aan de hand is. 'Een hulpmiddel bij het bepalen van de ernst van de situatie is het Nederlandse Triage Systeem (NTS)', vertelt unithoofd meldkamer Ans Vullers. 'Dit systeem ondersteunt de centralist bij de beslissing of er een ambulance moet worden gestuurd en met welke urgentie. Soms wordt de huisarts gevraagd om langs te gaan. Huisartsen gebruiken hetzelfde systeem bij het bepalen van de ernst en spreken daardoor dezelfde taal. Dit is belangrijk voor de onderlinge samenwerking.' ▶

Bij spoedeisende zorg (A1 en A2 urgentie) moet een ambulance zo spoedig mogelijk bij de patiënt zijn. Bij A1 urgentie is er sprake van acute levensbedreiging, bijvoorbeeld een hartinfarct. Bij A2 urgentie is er geen sprake van direct levensgevaar maar wel sprake van (ernstige) gezondheidsschade, zoals bij een ernstige sportblessure. Besteld vervoer is niet spoedeisend (B urgentie) en vindt plaats op afspraak. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om een patiënt die bestraald moet worden.

## 2. Op weg naar patiënt

Als een ambulance nodig is, wordt die zo snel mogelijk op pad gestuurd. Er gaat een melding van de meldkamer naar de ambulancepost. 'Als er een melding bij ons binnenkomt, dan laten wij alles vallen en springen in de auto die klaar staat,' vertelt unithoofd ambulancezorg Stan Hanneman. 'Vaak is de ambulance al onderweg en rijdt deze meteen naar de plek waar we moeten zijn. Nadat een ambulance op weg is gestuurd geeft de centralist waar nodig nog verdere instructies aan de melder. Die kunnen variëren van simpele adviezen tot uitleg over het toepassen van reanimatie. De centralist kan het ambulanceteam dat intussen onderweg is op een scherm volgen.'

De ambulance probeert zo snel mogelijk ter plaatse te komen. 'Dat is niet altijd eenvoudig,' weet unithoofd ambulancezorg Joop Deriks. 'Soms treedt vertraging op doordat bijvoorbeeld een melder moeilijk te verstaan is of niet weet waar hij of zij zich precies bevindt. Bij veel spoedgevallen tegelijk kan het zijn dat een ambulance van verder weg moet komen. Ook kunnen bijvoorbeeld slecht weer, grote verkeersdrukte en wegwerkzaamheden een rol spelen. We zoeken continu naar maatregelen die ervoor zorgen dat een ambulance op tijd is. Eén van deze maatregelen is het zogenaamde KAR systeem. Dit is in eerste instantie een hulpmiddel om vooral de veiligheid te vergroten maar waar ook in beperkte mate tijdswinst mee gehaald kan worden'.

## KAR-systeem: Korte Afstands Radio

Dit systeem bestaat uit twee delen. Eén gedeelte in de ambulance-auto, het andere gedeelte in de verkeerslichten.

Het KAR-systeem treedt in werking zodra de ambulance zwaailicht en sirene activeert bij spoedvervoer. Het KAR-systeem zendt dan vanuit de auto een signaal uit. Dit wordt ontvangen door een verkeerslicht. Hierdoor springen alle verkeerslichten op rood behalve één rijstrook in de rijrichting van de ambulance. Per kruispunt wordt samen met gemeente bepaald welke rijstrook op groen blijft.

KAR-systeem is een initiatief van de provincie. Alle provinciale wegen zijn al voorzien van dit systeem. Eind 2015 moeten alle ambulances van Zuid-Limburg voorzien zijn van KAR. In de gemeenten worden nieuwe verkeerslichten standaard voorzien van het systeem. Bestaande verkeerslichten worden wel aangepast maar vanwege de kosten niet allemaal. Er wordt samen met de gemeenten gekeken welke kruispunten belangrijk zijn om aan te passen.



### 3. Zorg ter plaatse

'Als de ambulance is aangekomen, nemen de ambulancezorgverleners snel de situatie van de patiënt op,' vertelt Hanneman. 'We behandelen patiënten in slaapkamers, restaurants, op voetbalvelden of in een hagelbui. Soms zijn mensen bewusteloos, hebben acute pijn of zijn verward. Steeds weer stellen we veel vragen, doen we lichamelijk onderzoek, metingen en observaties om vast te stellen wat er aan de hand is om vervolgens methodisch en volgens de protocollen te handelen. De patiënt wordt daarna klaar gemaakt voor vervoer. Soms wordt een patiënt niet meegenomen. Bijvoorbeeld als hij of zij bekend is met een aandoening (epilepsie, suikerziekte) en zelf weet wat er nodig is en thuis kan blijven. In andere gevallen wordt wel eens om assistentie van een tweede ambulance, brandweer of de politie gevraagd'.



### 4. Vervoer patiënt

'Tijdens het vervoer van de patiënt blijft de verpleegkundige regelmatig controles uitvoeren van bijvoorbeeld de bloeddruk. De chauffeur doet het zwaailicht en de sirene aan als hij zo snel mogelijk door het verkeer moet komen. Maar soms is het juist zaak zo voorzichtig mogelijk te rijden, bijvoorbeeld met een patiënt met rugletsel', aldus Hanneman.

### 5. Aankomst Ziekenhuis en Overdracht

In het ziekenhuis wordt de patiënt overgedragen aan een arts of verpleegkundige van de afdeling Spoedeisende Hulp. De ambulance is vervolgens weer beschikbaar om nieuwe patiënt te vervoeren.

## Altijd paraat!

'Daar waar in andere landen spoedvervoer (A1- en A2- urgentie) en besteld vervoer gescheiden is, vindt dat in Nederland veelal plaats met één en dezelfde ambulance', vertelt Joop Deriks. 'Er is wel een ontwikkeling waarbij er gebruik gemaakt wordt van zogenaamde zorgambulances voor besteld vervoer maar veel ritten worden nog door gewone ambulances gedaan. Omdat een RAV betaald krijgt per rit, is deze werkwijze van levensbelang voor een RAV. Het brengt de uitdaging met zich mee om aan de ene kant te zorgen voor genoeg vervoerscapaciteit voor besteld vervoer en aan de andere kant ook zorg te dragen voor voldoende ambulances die paraat staan voor spoedgevallen. Deze uitdaging heeft ervoor gezorgd dat men steeds op zoek is naar vervoer op maat. Vervoer op maat vraagt om verschillende soorten ambulancevervoer. In Zuid-Limburg hebben we 4 soorten ambulancevervoer'.

Ans Vullers vertelt dat er een nieuwe ontwikkeling is in het kader van paraatheid; het Dynamisch Ambulance Management (DAM). 'De kern van DAM is dat ambulances niet meer standaard na iedere rit terug gaan naar hun eigen standplaats maar dáár neergezet worden waar ze (mogelijk) nodig zijn. Zo zou het kunnen zijn dat een ambulance van de standplaats Geleen de hele dag in Maastricht of Heerlen ingezet wordt omdat daar meer ritten nodig zijn. Ook is het mogelijk dat een ambulance naar een gebied wordt gestuurd waar op dat moment geen melding is maar waar de ervaring leert dat er wel een melding te verwachten valt. Op deze manier wordt geprobeerd om een betere paraatheid te bereiken voor de totale regio. Dit project is eind 2013 gestart bij de RAV Zuid Limburg en zal in 2014 meer gestalte gaan krijgen'.

Een belangrijk speerpunt voor Acute Zorg is het continu verbeteren van de prestaties. Dit vormt na de landelijke budgettaire korting een forse uitdaging. De afdeling bekijkt op dit moment hoe om te gaan met deze financiële consequenties, waarbij kwalitatief goede dienstverlening aan de burger en hoge kwaliteit van zorg voorop blijft staan.

### ► Soorten ambulances

	Aantal in ZL	
Ambulance	25	Volledig uitgeruste auto, voorzien van zwaailicht en sirene. Bemand door chauffeur en verpleegkundige. Verleent ter plekke hulp en kan een patiënt liggend vervoeren.
Rapid Responder (RR)	4	Volledig uitgeruste personenauto, voorzien van zwaailicht en sirene. Solistisch inzetbaar, bemand door een verpleegkundige. De RR verleent hulp ter plekke maar vervoert geen patiënten.
MICU	1	Mobiele Intensive Care Unit. Een vrachtwagen die speciaal is uitgerust om zeer complexe en intensive care patiënten te vervoeren.
Zorgambulance	2	Ambulances zonder zwaailicht, sirene en medische uitrusting. Nadruk op vervoer en comfort. Worden bij besteld vervoer ingezet.

## Hoe maken we het onvoorstelbare voorstelbaar?

De GGD heeft een rol in de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen/crises. Hoe beter de voorbereiding, hoe adequater de organisatie erin slaagt om zo veel mogelijk slachtoffers te voorkomen, dan wel op te vangen. 'De GGD beschikt over documenten (rampen opvangplan) waarin staat hoe we moeten handelen in geval van een ramp of crisis', vertelt Gerrit Vernimmen, beleidsmedewerker GHOR. Zo zijn er richtlijnen op basis waarvan je kunt bepalen of er extra mensen ingezet moeten worden en waarvoor. Regelmatig wordt geoefend hoe we in crisissituaties moeten acteren.

De vraag is hoe je het onvoorstelbare voorstelbaar maakt. Je kunt een ramp immers niet of nauwelijks nabootsen. Je kunt het vergelijken met een topsporter die zonder echte voorbereiding zijn topprestatie onverwacht moet leveren. Continu voorbereid zijn en continu trainen heeft zijn grenzen, het is tijdrovend en heel duur. Daarom moeten wij continu een afweging maken over welke risico's je afdekt en welke niet. Hoe verschrikkelijk de treinramp in Wetteren (B) ook was, het heeft voor ons wel een heel leerzaam aspect.

De trein- en giframp in het Oost-Vlaamse Wetteren ontstond na een spoorwegongeval op 4 mei 2013 rond 02u00. Hierbij ontspoorde een goederentrein, waarna een aantal goederenwagons met chemische lading zijn ontploft. Er viel één dode en ongeveer 100 mensen raakten gewond en moesten naar het ziekenhuis worden gebracht omdat zij vergiftigd waren. Deze ramp maakt als het ware een stukje van het onvoorstelbare voorstelbaar en heeft ons nieuwe inzichten gegeven in de aanpak van een ramp waardoor we de bestaande plannen toch weer kunnen en moeten verbeteren. De treinramp in Wetteren heeft vooral laten zien dat er meer aandacht moet zijn voor de samenwerking tussen de gezondheidsketen (huisarts, de ambulancedienst

en de ziekenhuizen) en de keten van de veiligheidsregio (gemeente, politie, brandweer en de GHOR). Ook moet het rampen opvangplan beter aansluiten op de werkprocessen van deze beide ketens. Kortom deze bevindingen hebben ervoor gezorgd dat wij in 2013 een verbeteringslag hebben kunnen maken in de voorbereidingen voor het onvoorstelbare'.



De GGD Zuid Limburg beschermt, bewaakt en bevordert de gezondheid van alle Zuid-Limburgers met speciale aandacht voor mensen in een kwetsbare positie. Daarmee wil de GGD eraan bijdragen dat iedereen, van jong tot oud, actief kan deelnemen aan onze samenleving.

De GGD is een onderdeel van de gemeenten. Gemeenten hebben de taak om de lokale publieke belangen op het gebied van volksgezondheid te behartigen. Gemeenten bepalen het gezondheidsbeleid en voeren de totale regie op de lokale uitvoeringsprogramma's. De GGD adviseert gemeenten hierbij, levert data en kennis, verbindt partijen en is aanjager van processen die moeten leiden tot een betere gezondheid van de Zuid-Limburgers.

Dit is een uitgave van:

De Geneeskundige Gezondheidsdienst (GGD) Zuid Limburg.

Postbus 2022, 6160 HA Geleen

T 046 850 66 66, F 046 850 66 67

info@ggdzl.nl www.ggdzl.nl

April 2014

# Jaardocument GGD Zuid Limburg 2013

---

Geleen, maart 2014

## Inhoudopgave

1. Bestuur en vaststelling.....	4
1.1 Rechtspersoonlijkheid en verantwoordelijkheid .....	4
1.2 Vaststelling en goedkeuring jaardocument 2013.....	5
1.2.1 Vaststelling .....	5
1.2.2 Goedkeuring .....	5
2. Financiële paragrafen.....	6
2.1 Algemeen.....	6
2.2. Weerstandvermogen.....	6
2.3. Onderhoud kapitaalgoederen .....	11
2.4. Financiering.....	11
2.5. Bedrijfsvoering.....	13
2.5.1. Investeringsbeleid .....	13
2.5.2. Organisatiestructuur.....	13
2.5.3. Administratieve organisatie .....	13
2.5.4. Informatisering en automatisering.....	13
2.5.5. Kansen en bedreigingen.....	14
2.5.6 Personeelsbeleid .....	14
2.6. Verbonden partijen.....	14
3. Jaarrekening 2013.....	15
3.1 Balans per 31 december 2013 .....	15
3.2. Rekening baten en lasten 2013 .....	16
3.3. Rekening van baten en lasten 2013 per bedrijfsonderdeel .....	17
4. Algemene toelichting en waarderingsgrondslagen .....	18
5. Financiële toelichting .....	19
5.2. Toelichting balans .....	19
5.2.1. Resultaat .....	19
5.2.2. Activa .....	20
5.2.3. Passiva .....	23
5.3. Toelichting rekening van baten en lasten.....	30
5.3.1. Opbrengsten.....	30
5.3.2. Exploitatiekosten.....	31
6. Voorstel tot resultaatbestemming .....	35
6.2. Voorstel tot resultaatbescherming na aanwending bestemmingsreserve .....	35
7. Begrotingsrechtmatigheid.....	36
8. Controleverklaring jaarrekening 2013 .....	37
Bijlage 1 Activastaat .....	38

Bijlage 2 SISA .....	40
Bijlage 3 Staat van reserves en voorzieningen .....	42
Bijlage 4 Toelichting t.b.v. NZA .....	44

## 1. Bestuur en vaststelling

### 1.1 Rechtspersoonlijkheid en verantwoordelijkheid

De GGD Zuid Limburg is een gemeenschappelijke regeling waarvan instandhouding geschiedt door de gemeenten in Zuid-Limburg. Het Dagelijks Bestuur van de GGD Zuid Limburg is verantwoordelijk voor het opstellen en vaststellen van de jaarrekening. Het Algemeen Bestuur van de GGD Zuid Limburg is verantwoordelijk voor het goedkeuren van de jaarrekening.

Het huidige Dagelijks Bestuur is als volgt samengesteld:

<b>Naam</b>	<b>Gemeente</b>	<b>Functie</b>
Burgemeester dhr. drs. A.R.B. van den Tillaar	Gulpen-Wittem	Voorzitter
Wethouder dhr. L.W. van Rijswijk	Sittard-Geleen	Vicevoorzitter
Wethouder dhr. J.M.W. van der Aa	Simpelveld	Lid
Wethouder dhr. P.M.A. van Zutphen	Heerlen	Lid
Wethouder mevr. M.V.F. Damsma	Maastricht	Lid
Wethouder dhr. H.M.H. Leunessen	Landgraaf	Lid
Burgemeester mevr. M.A.H. Clermonts-Aretz	Onderbanken	Lid

Het Algemeen Bestuur is als volgt samengesteld:

<b>Naam</b>	<b>Gemeente</b>
Wethouder dhr. M.G.M. van Es	Beek
Wethouder dhr. T.T.J. Gelissen	Brunssum
Wethouder dhr. J.W.P.M. Bisscheroux	Eijsden-Margraten
Burgemeester dhr. A.R.B. van den Tillaar	Gulpen-Wittem
Wethouder dhr. P.M.A. van Zutphen	Heerlen
Wethouder dhr. L.A. Jongen	Kerkrade
Wethouder dhr. H.M.H. Leunessen	Landgraaf
Wethouder mevr. M.F.V. Damsma	Maastricht
Wethouder dhr. J.M. Janssen	Meerssen
Wethouder dhr. J.J.C. van den Berg	Nuth
Wethouder mevr. J. Quadvlieg-van Dam	Onderbanken
Wethouder dhr. J.M.A.R. van der Broek	Schinnen
Wethouder dhr. J.M.W. van der Aa	Simpelveld
Wethouder dhr. L.W. van Rijswijk	Sittard-Geleen
Wethouder dhr. R.C.M. van Mulken-Lingen	Stein
Wethouder dhr. J. Vroemen	Vaals
Wethouder dhr. H.M.L. Dauven	Valkenburg aan de Geul
Wethouder dhr. P.J.E. Leunissen	Voerendaal



## **1.2 Vaststelling en goedkeuring jaardocument 2013**

### **1.2.1 Vaststelling**

Het jaardocument GGD ZL 2013 is door het Dagelijks Bestuur vastgesteld in de vergadering 24 maart 2014

---

*Voorzitter,  
Dhr. A.R.B. van den Tillaar*

---

*Ambtelijk secretaris,  
Dhr. F.C.W. Klaassen*

---

### **1.2.2 Goedkeuring**

Het jaardocument GGD ZL 2013 is door het Algemeen Bestuur goedgekeurd in de vergadering van 2 juli 2014

---

*Voorzitter,  
Dhr. A.R.B. van den Tillaar*

---

*Ambtelijk secretaris,  
Dhr. F.C.W. Klaassen*

---

## **2. Financiële paragrafen**

### **2.1 Algemeen**

De paragrafen handelen vooral over een aantal belangrijke beheersmatige onderwerpen.

De behandelde verplichte paragrafen zijn:

- Weerstandvermogen
- Onderhoud kapitaalgoederen
- Financiering
- Bedrijfsvoering
- Demografische ontwikkelingen
- Verbonden partijen

De paragrafen grondbeleid en lokale heffingen zijn op de GGD niet van toepassing.

### **2.2. Weerstandvermogen**

Het weerstandsvermogen geeft aan hoe solide de financiële positie van de organisatie is en wordt bepaald door de weerstandscapaciteit af te zetten tegen de omvang van de risico's.

Risico's die van belang zijn bij de bepaling van het weerstandsvermogen zijn de risico's waarvoor geen maatregelen zijn getroffen en die van materiële betekenis kunnen zijn voor de financiële positie van de organisatie.

De weerstandscapaciteit bestaat uit de middelen en mogelijkheden waarover de organisatie beschikt om deze niet begrote kosten op te kunnen vangen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de algemene reserve, de (vrij aanwendbare) bestemmingsreserves, de stille reserves (indien aanwezig en kwantificeerbaar) en de ruimte in de begroting.

In de gemeenschappelijke regeling ligt vast dat de financiële eindverantwoordelijkheid voor de financiële positie van de GGD door de deelnemende gemeenten wordt gedragen. Onverlet deze eindverantwoordelijkheid heeft de GGD als zelfstandig orgaan een eigen verantwoordelijkheid om voldoende weerstandvermogen te vormen.

In onderstaande tabel wordt zichtbaar gemaakt hoe de weerstandscapaciteit van de GGD ZL is opgebouwd.

In de berekeningen is nog geen rekening gehouden met de afwikkeling van het huisvestingsdossier (zie voor een nadere toelichting de factsheet huisvesting). De berekeningen zijn gebaseerd op een regulier jaar dus exclusief de verkoop van de panden.

## Algemene Reserve/RAK

Bedrijfsonderdeel	1 januari 2013	Onttrekking/ toevoeging	Voorstel Resultaat- bestemming 2013	31 december 2013
GGD	153.814	-	-84.204	69.610
Huiselijk geweld	11.559	-	-	11.559
<b>Subtotaal GGD</b>	<b>165.373</b>	-	<b>-84.204</b>	<b>81.169</b>
RAV (RAK)	5.988.505	-	-704.983	5.283.522
GHOR	114.370	-	-7.185	107.185
<b>Subtotaal Acute Zorg</b>	<b>6.102.875</b>	-	<b>-712.168</b>	<b>5.390.707</b>
<b>Totaal</b>	<b>6.268.248</b>	-	<b>-796.372</b>	<b>5.471.876</b>

In het AB van 04.12.2006 (GGD Bestuur) is besloten dat de algemene reserve maximaal 6% van de begrote inwonerbijdrage mag bedragen. Ondanks het feit dat vanuit bedrijfseconomisch oogpunt dit een hoger percentage moet zijn, is het AB van mening dat door de garantstelling door de deelnemende gemeenten een algemene reserve van 6% voldoende is. Uitzondering hierop is de GHOR die een plafond van 12% kent. Alle bedrijfsonderdelen blijven onder het gestelde plafond. De algemene reserve van de GGD bedraagt momenteel een ½ % hetgeen een extra risico betekent voor de deelnemende gemeenten.

### Risico's

Een risico is de kans dat een gebeurtenis optreedt, met een (negatief) gevolg voor de betrokkene.

In de risico-inventarisatie 2013 van de GGD zijn de volgende majeure risico's benoemd;

Risicovelden	Risico's
Strategie & Beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stelselherzieningen</li> </ul>
Personeel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transitie Landelijke meldkamer</li> </ul>
Middelen en Bedrijfsvoering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploitatie</li> <li>• Weerstandsvermogen</li> <li>• Huisvesting backoffice GGD</li> <li>• Huisvesting GGD Bij CJG's</li> </ul>
Primaire processen	
Besturing & Financiering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiering Ambulancezorg</li> <li>• Incidentele gelden</li> <li>• Financiering opgeschaalde PG</li> </ul>
Klanten en maatschappij	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demografische ontwikkelingen</li> </ul>

De omvang van een risico kan worden geschat door de kans dat een bepaalde gebeurtenis zich voordoet te vermenigvuldigen met het gevolg (€) van deze gebeurtenis.

Bij de inventarisatie van risico's pretenderen we niet volledig te zijn; er zijn vast risico's die we niet onderkennen. Toch trachten wij zo volledig mogelijk te zijn bij deze inventarisatie. Bovenstaande inventarisatie leidt tot de volgende nadere specificatie:

#### Stelselherzieningen

- De decentralisatie van de taken in het sociaal domein en de daarbij behorende bezuinigingen kunnen grote risico's met zich mee brengen. Vanwege de voortdurende onduidelijkheden rondom deze decentralisaties is op dit moment nog niet goed in te schatten welke financiële gevolgen dit voor de GGD ZL zal hebben.

- Als gevolg van bovenstaande stelselherzieningen en de huidige economische situatie zijn de toekomstige financiële kaders ongewis. Dit zal wellicht leiden tot een nieuwe visie op en rolbepaling van de GGD.

#### *Transitie Landelijke meldkamer*

- De discussie inzake de schaalvergroting van de meldkamer heeft direct gevolgen voor de MKA. In deze kabinetsperiode is een landelijke bezuiniging van € 10 mln. opgenomen. Voor Zuid-Limburg betekent dit naar alle waarschijnlijkheid een bezuiniging van € 500.000. De structurele effecten van schaalvergroting zijn nog niet duidelijk.

#### *Exploitatie*

- Aanbestedingsprocedures (met name openbare en Europese aanbestedingen) hebben een uniek karakter en zijn veelal complex waardoor het risico op fouten groot is. Dit risico kan worden verkleind door bij deze trajecten juridische en inkoop expertise in te winnen. Het is zeer lastig in te schatten wat de financiële consequenties van aanbestedingsfouten zijn, derhalve wordt deze post op PM geraamd.
- Naast artsen kunnen ook andere beroepsbeoefenaren en daarvan afgeleid de gezondheidszorg-organisaties tuchtrechtelijk worden vervolgd c.q. aansprakelijk worden gesteld. Dit in combinatie met de steeds mondigere patiënt en het toenemende claimgedrag, kan voor de GGD onvoorziene financiële consequenties hebben (€ 500.000).
- De GGD draagt zelf de risico's die optreden wanneer personeel ziek is. Bijvoorbeeld bij het uitbreken van de Mexicaanse Griep bestond de kans dat een aanzienlijk gedeelte van de organisatie zou uitvallen.

#### *Weerstandsvermogen*

- Zoals blijkt uit onderstaande analyse is het weerstandsvermogen van zowel de GGD als de GHOR onvoldoende. Het gevolg hiervan is dat bij het optreden van een financiële tegenvaller dit ook meteen gevolgen heeft voor de deelnemende gemeenten.

#### *Huisvesting Backoffice GGD*

- Het laatste deel van de realisatie van de afgesproken bezuiniging van 11 % heeft betrekking op de taakstelling in de huisvesting. Hierin zit nog een laatste restrisico indien het traject vertraging oploopt (max € 500.000 per jaar). De verwachting is dat de vertraging in 2015 kan worden opgevangen binnen de onderhandelingen met de externe partij.

#### *Huisvesting GGD bij CJG's*

- De GGD heeft geen keuze in de huisvesting van de lokale CJG'S. De gemeenten maken hierin lokaal hun bestuurlijke en politieke keuze. Hierdoor ontstaan reeds nu grote verschillen in de huisvestingskosten. De verwachting is dat dit verschil verder zal toenemen.

### *Financiering ambulancezorg*

- Als gevolg van het nieuwe financieringsmodel is Zuid-Limburg een nadeel regio. Dit betekent een forse korting op het budget. Dit kan niet gepaard gaan zonder reorganisatie, hetgeen onvermijdelijk tijdelijk tot extra kosten zal leiden (€ 1.000.000)

### *Incidentele gelden*

- Landelijk worden voor nieuwe wettelijke taken tarieven vastgesteld. Deze tarieven zijn niet altijd kostendekkend. Tevens worden deze tarieven en producten pas laat bekend waardoor het inrichten van de processen in 1e instantie niet het meest optimaal kan plaatsvinden (€ 150.000).
- Door de bezuinigingen wordt gezocht naar derde geldstromen. Vaak gebeurt dit in de vorm van projecten. Dit geeft geen structurele basis (€ 500.000).
- In de begroting zijn de bijdragen voor met name Forensische geneeskunde, sociaal medische advisering en de veiligheidshuizen gebaseerd op jaarlijkse bijdragen. Hierbij is met name onduidelijkheid in het beleid ten aanzien van de veiligheidshuizen. De andere posten kennen een semi -structureel karakter (€ 275.000).

### *Financiering opgeschaalde PG*

- In toenemende mate groeit het besef binnen de crisisbeheersing dat een epidemiologische uitbraak van een infectieziekte een groot risico vormt. Bij een dergelijke uitbraak zal de inzet van de GGD enorm zijn. De financiering van deze crisis is niet geregeld maar kan ook niet of nauwelijks worden ingeschat.

### *Demografische ontwikkelingen*

- De demografische ontwikkelingen zullen mede bepalend zijn voor het takenpakket van en de financiering door de deelnemende gemeenten. De verwachting is dat dit ook zijn weerslag zal krijgen op het takenpakket van de GGD. Op basis van de Nieuwe rVTV zal een nieuw regionaal beleid worden opgesteld. Onduidelijk is nog of dit voor de GGD financiële gevolgen zal hebben

Voor de specifieke risico's van de GHOR - die integraal deel uitmaken van de GGD organisatie - verwijzen we naar het jaardocument van de GHOR.

### **Weerstandscapaciteit**

De weerstandscapaciteit betreft de middelen en mogelijkheden die de organisatie beschikt of kan beschikken om niet begrote kosten te dekken. De weerstandscapaciteit is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Reserves
- Ruimte op de begroting
- Onbenutte belastingscapaciteit
- Langlopende voorzieningen.

Op 1 januari 2013 is de weerstandcapaciteit van de GGD per bedrijfsonderdeel als volgt:

**Weerstandcapaciteit GGD Zuid Limburg**

Peildatum 31-12-2013 na verwerking resultaat 2013

	<b>GHOR</b>	<b>RAV</b>	<b>GGD</b>	<b>Totaal</b>
Reserves	257.258	5.283.521	971.948	6.512.727
Ruimte op de begroting	-	-	-	-
Onbenutte belastingscapaciteit	-	-	-	-
Langlopende voorzieningen	-	337.762	105.567	443.329
<b>Totaal</b>	<b>257.258</b>	<b>5.621.283</b>	<b>1.077.515</b>	<b>6.956.056</b>

**Weerstandcapaciteit GGD Zuid Limburg**

Peildatum 31-1-2013 voor verwerking resultaat 2013

	<b>GHOR</b>	<b>RAV</b>	<b>GGD</b>	<b>Totaal</b>
Reserves	264.443	5.988.504	1.056.152	7.309.099
Ruimte op de begroting	-	-	-	-
Onbenutte belastingscapaciteit	-	-	-	-
Langlopende voorzieningen	-	337.762	105.567	443.329
<b>Totaal</b>	<b>264.443</b>	<b>6.326.266</b>	<b>1.161.719</b>	<b>7.752.428</b>

**Weerstandsvermogen**

Voor de bepaling van het weerstandsvermogen kan onderstaande formule worden gebruikt:

$$\text{Weerstandsvermogen} = \frac{\text{Weerstandcapaciteit}}{\text{Risico's}}$$

<b>Weerstandsvermogen</b>	<b>GHOR</b>	<b>RAV</b>	<b>GGD</b>
Peil datum 31-12-2013 na resultaatbestemming	0,69	1,94	0,76
Peil datum 31-12-2013 voor resultaatbestemming	0,71	2,18	0,82

Bij de bepaling van de waarde van de risico's is rekening gehouden met de waarschijnlijkheid dat een risico zal optreden.

In onderstaande tabel is de waardering van het weerstandsvermogen aangegeven.

<b>Weerstandsvermogen</b>	<b>Betekenis</b>
> 2,0	Uitstekend
1,4 - 2,0	Ruim voldoende
1,0 - 1,4	Voldoende
0,8 - 1,0	Matig
0,6 - 0,8	Onvoldoende
< 0,6	Ruim onvoldoende

## **Conclusie**

Het verschil tussen de bedrijfsonderdelen is aanzienlijk. Als gevolg van het feit dat gemeenten ervoor hebben gekozen om het eigen vermogen van de GGD te maximaliseren tot 6% en het feit dat de algemene reserve de afgelopen jaren is aangesproken is het weerstandsvermogen van de bedrijfsonderdelen GGD en GHOR onvoldoende. Dit in tegenstelling van de RAV waar het weerstandsvermogen ruim voldoende tot uitstekend is te waarderen. Aangezien er tussen beide onderdelen geen ontschotting kan plaatsvinden is het niet reëel om het weerstandsvermogen als geheel te waarderen. Hierbij dient nog te worden opgemerkt dat een aantal van de gekwantificeerde risico's een structureel karakter heeft, terwijl het weerstandsvermogen dat daar tegen over staat incidenteel van aard is. Tevens is de weerstandscapaciteit van de GGD positiever als gevolg van het restant van de reserve transitiekosten. Deze reserve zal per 2015 volledig zijn aangewend.

### **2.3. Onderhoud kapitaalgoederen**

In deze paragraaf dient inzicht te worden gegeven in de realisatie van het beleid ten aanzien van onderhoud van kapitaalgoederen en de daaruit voortvloeiende financiële consequenties ten opzichte van de begroting. Het gaat hierbij tevens om het verlangde onderhoudsniveau, de (lange termijn) onderhoudsplanning voor alle belangrijke activa en het voorzieningenbeleid ter zake.

De kapitaalgoederen kunnen worden op basis van de volgende criteria worden aangeschaft:

- Vervanging bestaande kapitaalgoederen
- Wettelijke eisen
- Uitbreiding op basis van kwaliteitsverbetering

Voor de ambulancepost te Sittard-Geleen, welke eigendom blijft van de GGD, is een onderhoudsplan opgesteld. Voor de uitvoering van het groot onderhoud is op basis van dit onderhoudsplan een onderhoudsvoorziening, in overleg met de zorgverzekeraars, gevormd. De onderhoudsplanning van de overige activa gebeurt in overeenstemming met de door de desbetreffende leveranciers afgesproken planning.

### **2.4. Financiering**

De financieringsparagraaf heeft als doel het inzicht geven in het treasurybeleid en de beheersing van de financiële risico's.

Het treasurybeleid van de GGD ZL is gericht op het zo optimaal mogelijk financieren van de publieke taak, waarbij beperking van de financiële risico's centraal staat. Deze financieringsparagraaf en het treasurywettelijk instrument zijn belangrijke instrumenten voor transparantie in de financieringsfunctie.

#### *Kasgeldlimiet*

Conform de wet FiDO (Financiering Decentrale Overheden) is het toegestaan om tot een bepaald (vastgesteld) maximum "rood" te staan op kortlopende financieringsvormen, zoals een rekening courant of kasgeldleningen. Hiermee wordt voorkomen dat organisaties een te groot gedeelte van de financieringsbehoefte voorzien middels kortlopende leningen. In de wet FiDo is bepaald dat organisaties maximaal 8,5% van het jaarlijkse begrotingstotaal mogen aantrekken middels kortlopende leningen. Voor de GGD ZL betekent dit dat de kasgeldlimiet in 2013 maximaal 6,5 mln. mocht bedragen. De GGD ZL is afgelopen jaar binnen dit limiet gebleven.

#### *Liquiditeitenbeheer*

In 2013 was de GGD ZL voldoende liquide. Tevens konden rente- en aflossingsverplichtingen van langlopende geldleningen zonder herfinanciering plaatsvinden.

Wekelijks is een liquiditeitsplanning gemaakt om zo optimaal mogelijk gebruik te kunnen maken van liquide middelen.

#### *Vaste geldleningen*

Ultimo 2013 had de GGD ZL zeven langlopende geldleningen met een totale waarde van € 9,65 miljoen. Voor een uitgebreide toelichting op deze leningen, wordt verwezen naar de toelichting op de balans.

#### *Schatkistbankieren*

In het Begrotingsakkoord 2013 is overeengekomen dat decentrale overheden vanaf 2013 gaan schatkistbankieren zonder leenfaciliteit. Dit houdt in dat tegoeden aangehouden dienen te worden in de Nederlandse schatkist, waardoor de Staat minder geld hoeft te lenen op de financiële markten en de staatsschuld zal dalen. Contracten en beleggingen aangegaan voor 4 juni 2012 vallen niet onder het Schatkistbankieren.

Aangezien de GGD ZL geen contracten en/of beleggingen heeft die na 4 juni 2012 zijn aangegaan, heeft de GGD ZL geen nadelige consequenties ondervonden van het schatkistbankieren.

#### *EMU-saldo*

Om deel te kunnen nemen aan de Economische Monetaire Unie (EMU) moeten landen onder meer voldoen aan het criterium dat de overheidsschuld (EMU schuld) lager moet zijn dan 60% van het Bruto Binnenlands Product (BBP). Tevens moet het begrotingstekort (EMU-saldo) lager zijn dan 3% van het BBP.

Het EMU-saldo wordt berekend op kasbasis, terwijl de GGD ZL zelf met het stelsel van baten en lasten werkt en op basis daarvan ook haar saldo bepaalt. Deze saldi kunnen dan ook sterk uiteen lopen. Dat de GGD ZL toch het EMU-saldo moet presenteren heeft te maken met de afspraken in Europa over de maximaal toegestane tekorten in de collectieve sector in de landen van de euro. Ook de EMU-saldi van de decentrale overheden tellen daarbij mee. Het Emu- saldo wordt nu nog centraal doorgegeven aan het CBS en telt nog niet mee bij de afzonderlijke gemeenten.

#### *Wet HOF*

Met ingang van 14 december 2013 is de Wet HOF (Houdbare Overheidsfinanciën) van kracht gegaan. In het kader van terugdringing van het EMU-tekort op landelijk niveau dient conform deze wet ook te worden gestuurd op basis van het kasstelsel en een mogelijke maximering van uitgaven in enig jaar. Hierbij kunnen limieten worden gesteld aan de decentrale overheden gezamenlijk. Concreet betekent dit met name dat decentrale overheden mogelijk worden beperkt in het jaarlijks investeringsniveau.

Specifiek voor de GGD ZL speelt het volgende probleem: Acute Zorg is een aparte bedrijfs onderdeel binnen de GGD ZL. De financiering van deze bedrijfs onderdelen geschiedt echter niet door de deelnemende gemeenten van de GGD ZL, maar door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). Regelmatig schaft de Acute Zorg nieuwe ambulances aan; investeringen waarmee grote bedragen gemoeid zijn. Deze investeringen hebben een negatief effect op het EMU-saldo van de gehele GGD ZL, terwijl ze in feite geen effect hierop zouden mogen hebben. Immers, gemeenten dragen ook niet bij aan dit bedrijfs onderdeel. Het is op dit moment nog niet duidelijk hoe de GGD ZL (en dus de deelnemende gemeenten) om dient te gaan met deze problematiek.



## **2.5. Bedrijfsvoering**

In deze paragraaf worden de beleidsvoornemens betreffende de volgende onderwerpen behandeld:

- Investeringsbeleid
- Organisatiestructuur
- Administratieve organisatie
- Informatisering en automatisering
- Kansen en bedreigingen
- Personeelsbeleid

### **2.5.1. Investeringsbeleid**

In 2013 hebben er met name vervangingsinvesteringen plaatsgevonden. Voor een specificatie verwijzen naar de staat van kapitaaluitgaven (Staat C, bijlage 2) bij dit jaardocument. De belangrijkste nieuwe investeringen in 2013 betreffen:

- Bij de GGD heeft een investering plaatsgevonden in het kader van de automatisering. In 2013 heeft de GGD een nieuwe infrastructuur in gebruik genomen. Daarnaast hebben nog kleinere investeringen plaatsgevonden die betrekking hadden op de inrichting van de centra voor Jeugd en Gezin.
- De Acute Zorg onderdeel RAV heeft 4 ambulances aangeschaft. Daarnaast is geïnvesteerd in communicatieapparatuur, automatiseringen medische apparatuur.
- Bij de GHOR is software aangeschaft.

Voor meer informatie verwijzen we naar het investeringsbeleid dat in januari 2009 door het DB is vastgesteld en naar de financiële verordening (art. 2.12 gemeentewet).

### **2.5.2. Organisatiestructuur**

De volgende onderdelen worden benoemd:

- *Bestuur:* Conform de wettelijke bepaling in de wet gemeenschappelijke regelingen bestaat de bestuursstructuur uit een Algemeen Bestuur, een Dagelijks Bestuur en een voorzitter. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de GHOR blijft bij het Veiligheidsbestuur Zuid-Limburg. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van deze taken is door middel van een uitbestedingsovereenkomst opgedragen aan de GGD Zuid Limburg.
- *Directie:* De directie bestond in 2013 uit twee leden en is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding en het beheer van de organisatie en legt hiervoor verantwoording af aan het Dagelijks Bestuur.
- *Afdelingen:* Onder de directie vallen vijf uitvoerende afdelingen en twee ondersteunende afdelingen.

### **2.5.3. Administratieve organisatie**

De interne controle in 2013 heeft zich met name gericht op de ondersteunende processen en de financiële rechtmatigheid. De interne controle is uitgevoerd conform het DB goedgekeurde interne controleplan 2012. Gezien het feit dat de GGD als gevolg van de keuze voor een toekomstscenario het afgelopen jaar grote veranderingen heeft ondergaan, is ervoor gekozen de administratieve organisatie op het peil van 2009 te behouden.

### **2.5.4. Informatisering en automatisering**

In 2013 is het nieuwe ICT platform in werking getreden en heeft een aanzienlijke kwaliteitsslag plaatsgevonden. Door het outsourcen van een aantal I&A taken is het risico (up-to date zijn en benodigde specialistische kennis) aanzienlijk verminderd.

### **2.5.5. Kansen en bedreigingen**

#### *Kansen:*

- Een toenemende (landelijke) erkenning dat de gezondheid van de Zuid-Limburgers vraagt om een specifieke en innovatieve benadering.
- De decentralisaties van steeds meer landelijke taken, waarmee de beleidsregie in Zuid-Limburg komt te liggen. Hiermee kan meer beleidssamenhang gecreëerd worden.
- De toenemende samenwerking tussen gemeenten op het gebied van publieke gezondheid (regionaal beleid).
- De toenemende verbondenheid tussen preventie en curatie (om zorgkosten te beperken is meer investering in preventie nodig). Noodzaak en behoefte aan beschikbaarheid van gezondheidsdata.
- Noodzaak en behoefte om preventie te vertalen naar maatschappelijke opbrengsten.

#### *Bedreigingen:*

- De blijvende signalen over crisis en bezuinigingen op rijksniveau en gemeenteniveau.
- Nationalisering Politie i.v.m. afname producten.
- Onduidelijkheden rondom de decentralisaties en de invloed hiervan op de organisatie.

### **2.5.6 Personeelsbeleid**

Voor een toelichting op het gevoerde personeelsbeleid verwijzen we naar het jaarverslag.

### **2.6. Verbonden partijen**

In het BBV is verbonden partij gedefinieerd als; "een privaat- dan wel publiekrechtelijke organisatie waarin de gemeente een bestuurlijk en een financieel belang heeft". Een financieel belang is aanwezig wanneer een ter beschikking gesteld bedrag niet verhaalbaar is bij faillissement, dan wel als financiële aansprakelijkheid bestaat indien de verbonden partij haar verplichtingen niet nakomt. Bestuurlijk belang is aanwezig indien er zeggenschap bestaat uit hoofde van stemrecht dan wel vertegenwoordiging in het bestuur van de organisatie.

In 2013 heeft de GGD zowel bestuurlijk als financieel een 50% minus 1 aandeel belang verkregen in Ease. Het resultaat van Ease over 2013 bedroeg € 315.922.

De GGD zelf is een verbonden partij voor de deelnemende gemeenten. Dit zijn de gemeenten: Beek, Brunssum, Eijsden-Margraten, Gulpen-Wittem, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Maastricht, Meerssen, Nuth, Onderbanken, Schinnen, Simpelveld, Sittard-Geleen, Stein, Valkenburg a/d Geul, Vaals en Voerendaal.

	<b>31 december 2013</b>	<b>31 december 2012</b>
<b>Activa</b>		
Immaterieel vastgoed		
Immaterieel vastgoed	10.424.367	15.408.912
Overige activa		
Overige activa	189.469	-
Overige activa	200.000	-
Overige activa	389.469	-
	10.813.836	15.408.912
<b>Passiva</b>		
Eigen vermogen		
Eigen vermogen		
Eigen vermogen	9.588	3.508
Eigen vermogen		
Eigen vermogen	4.532.950	1.641.696
Eigen vermogen	190.364	1.538.369
Eigen vermogen	4.289.658	1.805.319
Eigen vermogen	9.012.972	4.985.384
Eigen vermogen	1.616.993	2.077.163
Eigen vermogen	3.246.086	5.883.677
Eigen vermogen	13.885.639	12.949.732

	<b>31 december 2013</b>
<b>PASSIVA</b>	
<b>Vaste passiva</b>	
<b>Eigen vermogen</b>	
Algemene reserve	279.700
Reserve aanvaardbare kosten	5.988.500
Overige reserves	1.040.800
Nog te bestemmen Resultaat	-5.500.300
	1.808.700
<b>Voorzieningen</b>	
Voorzieningen voor verplichtingen, verliezen en risico's	443.300
<b>Vaste schulden met een rente typische looptijd van langer dan één jaar:</b>	
Onderhandse leningen van binnenlandse banken en overige financiële instellingen	9.652.100
<b>Vlottende passiva</b>	
<b>Netto vlottende schulden met een rente typische looptijd korter dan één jaar:</b>	
Banksaldi	6.173.000
Rekening couranten	5.961.000
Overige schulden	12.134.000
<b>Overlopende passiva</b>	
Vooruit ontvangen bedragen	661.200
<b>Totaal vlottende passiva</b>	12.795.200

### 3.2. Rekening baten en lasten 2013

	<b>Rekening 2013</b>	<b>Oorspron- kelijke Begroting 2013</b>	<b>Bijgestelde Begroting 2013</b>
<b>Opbrengsten</b>			
Bijdragen gemeenten	11.970.407	12.524.944	12.230.701
Inkomsten uit bijdragen centrum gemeenten	-	119.422	115.682
Bijdrage Rijk/Provincies	3.797.350	3.191.058	3.002.653
Inkomsten NZA	16.870.089	16.164.217	16.164.217
Overige bijdragen	8.153.474	4.698.651	4.670.228
<b>Totale opbrengsten</b>	<b>40.791.320</b>	<b>36.698.292</b>	<b>36.183.481</b>
<b>Exploitatiekosten</b>			
Personeelskosten	31.482.617	27.309.021	27.033.065
Huisvestingskosten	2.250.879	2.092.390	2.093.502
Beheers- en administratiekosten	4.452.640	3.417.681	3.404.122
Automatiseringskosten	2.404.651	1.667.042	1.662.022
Kosten medische middelen	1.276.004	1.308.440	1.309.190
Kosten uitvoering van derden	159.167	83.800	84.600
Kosten Veiligheidsregio	179.000	334.094	130.094
Kosten verbindingen	115.342	358.000	358.000
Kosten communicatiemiddelen	71.593	127.824	130.886
Kosten waardevermindering onroerend goed	4.703.977	-	-
<b>Totale exploitatiekosten</b>	<b>47.095.870</b>	<b>36.698.292</b>	<b>36.205.481</b>
<b>Resultaat voor bestemming</b>	<b>-6.304.550</b>	-	<b>-22.000</b>
<b>Mutaties in reserves gedurende het jaar</b>	<b>804.201</b>	-	<b>22.000</b>
<b>Nog te bestemmen resultaat</b>	<b>-5.500.349</b>	-	-
<b>Resultaat waardevermindering onroerend goed</b>	<b>-4.703.977</b>	-	-
<b>Regulier bedrijfsresultaat</b>	<b>-796.372</b>	-	-

	<i>Rekening 2013 GGD</i>	<i>Bijgestelde Begroting 2013 GGD</i>	<i>Rekening 2013 Acute Zorg</i>	<i>Bijgestelde Begroting 2013 Acute Zorg</i>	<i>Rekening 2013 Totaal</i>	<i>Bijgestelde Begroting 2013 Totaal</i>
neenten	11.084.067	11.357.374	886.340	873.327	11.970.407	12.230.701
s	-	115.682	-	-	-	115.682
	2.212.158	1.417.613	1.585.192	1.585.040	3.797.350	3.002.653
	-	-	16.870.089	16.164.217	16.870.089	16.164.217
	4.380.696	3.470.228	3.772.778	1.200.000	8.153.474	4.670.228
	<b>17.676.921</b>	<b>16.360.897</b>	<b>23.114.399</b>	<b>19.822.584</b>	<b>40.791.320</b>	<b>36.183.481</b>
	13.351.949	11.516.792	18.130.668	15.516.273	31.482.617	27.033.065
atiekosten	1.195.199	1.192.502	1.055.680	901.000	2.250.879	2.093.502
	1.594.469	1.405.171	2.858.171	1.998.951	4.452.640	3.404.122
elen	1.532.346	1.249.756	872.305	412.266	2.404.651	1.662.022
derden	622.715	793.190	653.289	516.000	1.276.004	1.309.190
)	98.779	82.600	60.388	2.000	159.167	84.600
	-	-	179.000	130.094	179.000	130.094
iddelen	18.365	-	96.977	358.000	115.342	358.000
ering	71.019	120.886	574	10.000	71.593	130.886
	4.703.977	-	-	-	4.703.977	-
sten	<b>23.188.818</b>	<b>16.360.897</b>	<b>23.907.052</b>	<b>19.844.584</b>	<b>47.095.870</b>	<b>36.205.481</b>
mming	-5.511.897	-	-792.653	-22.000	-6.304.550	-22.000
gedurende	723.716	-	80.485	22.000	804.201	22.000
esultaat	-4.788.181	-	-712.168	-	-5.500.349	-
mindering	-4.703.977	-	-	-	-4.703.977	-
ltaat	-84.204	-	-712.168	-	-796.372	-

#### **4. Algemene toelichting en waarderingsgrondslagen**

De jaarrekening is opgemaakt met inachtneming van de voorschriften die het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten (BBV) daarvoor geeft.

##### Algemeen

De waardering van activa en passiva en de bepaling van het resultaat vinden plaats op basis van historische kosten. Tenzij bij het desbetreffende balanshoofd anders wordt vermeld, worden de activa en passiva opgenomen tegen nominale waarde. De baten en lasten worden toegerekend aan de periode waarop ze betrekking hebben. Winsten worden slechts opgenomen voor zover zij op balansdatum zijn gerealiseerd. Verliezen en risico's die hun oorsprong vinden vóór het einde van het verslagjaar, worden in acht genomen indien zij vóór het opmaken van de jaarrekening bekend zijn geworden.

##### Materiële vaste activa

De investeringen met economisch nut worden gewaardeerd tegen aanschaffings-, vervaardigings-, of goedgekeurde kosten verminderd met de cumulatieve afschrijvingen. De jaarlijkse afschrijvingen worden berekend op basis van een vast percentage van voornoemde kosten, deels op basis van de geschatte economische levensduur.

##### Financiële vaste activa

Kapitaalverstrekkingen worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs. De uitstaande gelden zijn opgenomen tegen nominale waarde.

##### Voorraden

De voorraden worden gewaardeerd tegen de inkoopprijs.

##### Uitzettingen met een rente typische looptijd korter dan één jaar

De vorderingen worden opgenomen tegen nominale waarde, onder aftrek van de noodzakelijk geachte voorzieningen voor het risico van oninbaarheid.

##### Liquide middelen

De liquide middelen worden opgenomen tegen nominale waarde.

##### Overlopende activa

De overlopende activa worden opgenomen tegen nominale waarde.

##### Eigen vermogen

Het eigen vermogen bestaat uit de reserves en het nog te bestemmen resultaat volgend uit de jaarrekening.

##### Algemene reserve

De algemene reserve is een overige reserve waarin de winstbestemming respectievelijk verwerking van het verlies wordt verwerkt.

##### Vaste schulden met een rente typische looptijd van één jaar of langer

Vaste schulden worden gewaardeerd tegen de nominale waarde, verminderd met gedane aflossingen. De vaste schulden hebben een rentetypische looptijd van één jaar of langer.

##### Netto vlottende schulden met een rente typische looptijd korter dan één jaar

De schulden worden gewaardeerd tegen de nominale waarde.

##### Resultaatbepaling.

De baten en lasten worden toegerekend aan de periode waarop ze betrekking hebben, uitgaande van historische kosten. Verliezen worden verantwoord als deze voorzienbaar zijn, baten worden verantwoord als deze gerealiseerd zijn. Baten en lasten uit voorgaande jaren die in dit boekjaar zijn geconstateerd, zijn aan het onderhavige boekjaar toegerekend.

## 5. Financiële toelichting

### 5.2. Toelichting balans

De financiële toelichting vindt plaats middels vergelijking tussen de realisatie en de begroting per kostensoort. In de toelichting per kostensoort is per bedrijfsonderdeel, indien sprake is van een afwijking, een toelichting opgenomen.

Voor de GHOR is een separaat jaardocument opgesteld en de specificaties van de GHOR zijn in dat document opgenomen. In dit document is voor de GHOR alleen een toelichting op hoofdlijnen opgenomen.

#### 5.2.1. Resultaat

Het resultaat van de GGD wordt veroorzaakt door de volgen incidentele aspecten;

Omschrijving	Voordelig	Nadelig
<b>GGD:</b>		
• Projectgelden	946.000	
• Extra inzet personeel t.b.v. projecten		860.000
• Reorganisatiekosten		170.000
• Kosten waardevermindering onroerend goed		4.703.977
<b>RAV:</b>		
• College sanering	1.775.000	
• Dotatie FLO voorziening cf. college sanering		190.000
• Consequenties performance analyse		1.123.000
• Reorganisatiekosten		565.000
• Advieskosten financieringsmodel etc.		120.000
• Inzet derden doorontwikkeling MKA (landelijk)		43.000
• Overschrijding personeelskosten (MKA)		200.000
• Overschrijding automatiseringskosten		239.000
<b>GHOR:</b>		
• Hogere personeelskosten		110.000
• Hogere advieskosten		159.000
• Hogere contributies		29.000
• Projectgelden	177.000	
• Mutaties reserves	58.000	
• Index gem. bijdrage	13.000	
• Voordeel huisvestingskosten	43.000	
	<b>3.012.000</b>	<b>8.511.977</b>

## 5.2.2. Activa

### Vaste activa

#### Materiële vaste activa

<b>Investerings met economisch nut</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Boekwaarde per 1-1</b>	<b>15.036.831</b>	<b>14.872.353</b>
Investerings	1.379.752	1.816.022
Desinvesteringen/ Verminderings	271.050	45.539
Afschrijvings desinvesteringen/verminderingens	243.909	-
Afschrijving	1.709.149	1.606.005
<b>Boekwaarde per 31-12</b>	<b>14.680.293</b>	<b>15.036.831</b>
<b>Ingebruikname 2013/ 2012</b>	<b>131.525</b>	<b>372.081</b>
<b>Af; voorziening waardevermindering onroerend goed</b>	<b>4.387.451</b>	<b>-</b>
<b>Totaal</b>	<b>10.424.367</b>	<b>15.408.912</b>

Voor een specificatie verwijzen we naar de bijlage 1: "Activastaat (Staat C)".

De investeringens bedragen € 1.379.752. De belangrijkste nieuwe investeringens in 2013 betreffen:

- Bij de bedrijfsonderdeel GGD heeft een investering plaatsgevonden in het kader van de automatisering (software) ten bedrage van € 562.000. In 2013 heeft de GGD een nieuwe infrastructuur in gebruik genomen. Daarnaast hebben nog kleinere investeringens plaatsgevonden die betrekking hadden op de inrichting van de centra voor Jeugd en Gezin (€ 34.000)
- De bedrijfsonderdeel Acute Zorg onderdeel RAV heeft 4 ambulances (€ 480.000) aangeschaft. Daarnaast is geïnvesteerd in communicatieapparatuur (€ 23.000), automatisering (€ 46.500) en medische apparatuur (€ 10.500).
- Bij de bedrijfsonderdeel Acute Zorg onderdeel GHOR is software (€ 4.800) aangeschaft.

De hoogte van de voorziening is bepaald door de boekwaarde per 31 december 2013 te verminderen met de waarde van de gunning. De waarde van de gunning is bepaald in de notitie huisvesting (d.d. 17 december 2013). Op basis van onder meer deze notitie heeft het Algemeen Bestuur op 19 februari 2014 besloten om over te gaan tot gunning. Gelijktijdig met deze jaarrekening is ook een Factsheet huisvesting opgesteld waarin de consequenties van dit besluit voor de jaarrekening 2013, de begroting 2015 en voor de deelnemende gemeentes zijn opgenomen.



## Financiële vaste activa

Kapitaalverstrekking aan deelnemingen	31 dec. 2013	31 dec. 2012
<b>Saldo per 1-1</b>	-	-
Toevoegingen	189.469	-
Onttrekkingen	-	-
Overige mutaties	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>189.469</b>	-

In december 2013 heeft de effectuering van de overdracht van de aandelen in EASE BV plaatsgevonden. Bij het aangaan van de samenwerking in 2009 zijn hierover afspraken gemaakt. Afsproken is destijds om pas tot effectuering over te gaan zodra wetswijziging (BV recht) had plaatsgevonden. De kapitaalverstrekking is bepaald op de verkrijgingsprijs zoals destijds is afgesproken.

Overige langlopende leningen	31 dec. 2013	31 dec. 2012
<b>Saldo per 1-1</b>	-	-
Toevoegingen	200.000	-
Onttrekkingen	-	-
Overige mutaties	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>200.000</b>	-

De overige langlopende lening heeft betrekking op een overgenomen lening van de voormalige GGD ZZL. Deze lening is verstrekt aan de koper van het pand te Maastricht. Het betreft een lening met een looptijd van maximaal 4 jaar. De GGD ZL ontvangt een jaarlijkse rentevergoeding van 3,5% hiervoor.

## Flottende activa

Vorraden	31 dec. 2013	31 dec. 2012
Voorraad vaccins	9.588	3.508
<b>Totaal</b>	<b>9.588</b>	<b>3.508</b>

De voorraad vaccins heeft betrekking op de voorraden t.b.v. de GGD afdeling SIM.

## Uitzettingen met een rente typische looptijd korter dan één jaar:

Vorderingen op openbare lichamen	31 dec. 2013	31 dec. 2012
Vordering op deelnemende gemeenten	3.384.962	1.301.398
Overige vordering op openbare lichamen	1.147.988	340.298
<b>Totaal</b>	<b>4.532.950</b>	<b>1.641.696</b>

De vordering op deelnemende gemeenten heeft betrekking op de vooruit gefactureerde bijdrage 1<sup>e</sup> kwartaal 2014. De overige vordering op openbare lichamen betreft de debiteurenstand per 31 december 2013 van de GGD. Deze heeft betrekking op afname van producten in november en december op basis van tarieven. Daarnaast is hierin de vooruit gefactureerde BDUR 1<sup>e</sup> kwartaal 2014 opgenomen.

<b>Rekeningen courant</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
Rekening courantverhouding ZZL	-	827.910
Rekening courantverhouding RAV/NZA	190.364	710.459
<b>Totaal</b>	<b>190.364</b>	<b>1.538.369</b>

De GGD Zuidelijk Zuid Limburg is in 2013 geliquideerd waardoor de rekening-courant is vereffend.

De rekening courantverhouding tussen de RAV (Ambulancevervoer) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) betreft een rekening courantverhouding Ambulancevervoer/ NZA van € 36.351 en een rekening courantverhouding Meldkamer/ NZA van € 154.013 In het boekjaar 2012 bedroegen de rekeningen courant Ambulancevervoer met de NZA € 589.269 en met de Meldkamer € 121.190. De grote fluctuatie in de rekening courantverhouding met de NZA is een gevolg van de door de NZA gehanteerde financieringssysteem die gebaseerd is op tariefstelling achteraf.

<b>Overige vorderingen</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
Overige vorderingen	4.404.492	1.870.319
Af: voorziening dubieuze debiteuren	-114.834	-65.000
<b>Totaal</b>	<b>4.289.658</b>	<b>1.805.319</b>

De afwikkeling van de overige vorderingen kent een normaal verloop. De overige vorderingen betreffen de debiteurenstand per 31 december 2013. De stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door later facturering bij de ambulance. Hierdoor is de vordering op de zorgverzekeraars € 3.500.000.

<b>Liquide middelen</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
Kas	5.193	17.224
Bank	1.611.800	2.059.939
<b>Totaal</b>	<b>1.616.993</b>	<b>2.077.163</b>

Over de liquide middelen kan de GGD Zuid Limburg vrij beschikken.

<b>Overlopende activa</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
Overige vorderingen en overlopende activa	3.018.423	3.293.848
Van de Nederlandse overheden nog te ontvangen voorschotbedragen specifieke uitkeringen	227.663	2.589.829
<b>Totaal</b>	<b>3.246.086</b>	<b>5.883.677</b>

De overlopende activa betreffen de volgende posten:

Het verloopoverzicht van de van de Nederlandse overheden nog te ontvangen voorschotbedragen specifieke uitkeringen is op te vragen bij de afdeling Financiën.

De daling ten opzichte 2012 betreffende de van "Nederlandse overheden nog te ontvangen voorschotbedragen specifieke uitkeringen" heeft voornamelijk te maken met de openstaande vorderingen op deelnemende gemeenten inzake de reserve transitiekosten.

### 5.2.3. Passiva

#### Vaste passiva

#### Eigen Vermogen

<b>Algemene Reserve</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	206.418	453.417
Toevoegingen	-	-
Onttrekkingen	-	0-
Mutaties vanuit resultaatbestemming	73.325	-246.999
<b>Totaal</b>	<b>279.743</b>	<b>206.418</b>

Op 26 juni 2013 heeft het Algemeen Bestuur besloten de resultaten 2012 van de bedrijfsonderdeel GGD toe te voegen aan de Algemene Reserve.

<b>Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK)</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	6.756.185	6.320.095
Mutaties vanuit resultaatbestemming	-767.680	436.090
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>5.988.505</b>	<b>6.756.185</b>
<b>Resultaat 2013/2012:</b>	-704.983	-767.680

Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK) is bedoeld om fluctuaties in de exploitatie van de RAV te egaliseren. De reserve vloeit voort uit de financiering van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Gemeenten kunnen, zonder instemming van de zorgverzekeraars, niet over deze gelden beschikken.

Ten behoeve van de Nederlandse Zorgautoriteit is de bovenstaande Reserve Aanvaardbare Kosten verder gespecificeerd:

<b>Reserve Aanvaardbare Kosten specificatie</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
RAK Meldkamer	820.354	1.186.681
Regulier RAK Ambulancedienst	5.083.151	5.484.504
Reservering inzake FLO tweede loopbaan (2006-2008)	85.000	85.000
RAK Ambulancedienst	5.168.151	5.569.504
<b>Totaal</b>	<b>5.988.505</b>	<b>6.756.185</b>

Het RAK van de ambulancedienst is in 2008 gesplitst naar een regulier RAK en een reservering opleiding in het kader van 2<sup>e</sup> loopbaan ontwikkeling in verband met de FLO.

<b>Overige Reserves</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	1.860.052	667.660
Toevoegingen	-	2.000.000
Onttrekkingen	804.201	907.608
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-15.000	100.000
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>1.040.851</b>	<b>1.860.052</b>

Specificatie overige reserves:

<b>Bestemmingsreserve Transitiekosten Gemeenten</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	1.222.363	-
Toevoeging	-	2.000.000
Onttrekkingen	697.692	777.637
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>524.671</b>	<b>1.222.363</b>

Bij de vaststelling van de begroting 2012 door het AB op 6 juli 2011 is besloten tot vorming van een bestemmingsreserve transitiekosten (€ 2.000.000). Het bestuur heeft besloten tot een onttrekking van de bestemmingsreserve ter hoogte van € 697.692.

<b>Reserve MOA</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	155.647	250.500
Toevoeging	-	-
Onttrekkingen	26.024	94.853
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>129.623</b>	<b>155.647</b>

Van de MOA zijn gelden ontvangen die bestemd zijn voor het opvangen van de frictiekosten en toekomstige projecten. Als gevolg van onder andere de sluiting van het asielzoekerscentrum in Sweikhuizen is de vergoeding die de GGD ZL van GGD Nederland ontvangt ter dekking van de kosten onvoldoende. In 2013 ontstaat hierdoor een tekort van € 26.024 dat ten laste van deze reserve is gebracht

<b>Reserve risico SMZ</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2013</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	130.000	130.000
Toevoeging	-	-
Onttrekkingen	-	-
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>130.000</b>	<b>130.000</b>

De Reserve risico SMZ wordt gevormd uit de risico-opslag van extra inkomsten van SMZ, om risico's inzake met name wachtgeldverplichtingen in de toekomst te kunnen opvangen. Wegens het negatieve resultaat over 2013 is besloten om in 2013 geen dotatie door te voeren. Hierdoor is de reserve momenteel € 70.000 te laag.

<b>Bestemmingsreserve reorganisatie HALT</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	15.000	15.000
Toevoeging	-	-
Onttrekkingen	-	-
Mutatie vanuit resultaatbestemming	15.000	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>-</b>	<b>15.000</b>

Conform het Algemeen Bestuursbesluit van 6 juli 2011 is € 15.000 gestort in een bestemmingsreserve reorganisatie HALT. Bij de afrekening van Halt a.g.v. de overdracht naar HALT Nederland is deze reserve vrijgevallen.

<b>Risicoreserve FOR SWM</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	106.485	106.485
Toevoeging	-	-
Onttrekkingen	-	-
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>106.485</b>	<b>106.485</b>

Deze bestemmingsreserve is gevormd om schommelingen met betrekking tot het resultaat van forensische geneeskunde te kunnen opvangen. In 2012 en 2013 hebben geen mutaties plaatsgevonden. De afgelopen jaren komen nog nauwelijks schommelingen voor. In verband met de landelijke ontwikkelingen bij politie, en de onzekerheid die daarmee samengaat, is besloten deze reserve voorlopig in stand te houden.

<b>Bestemmingsreserve reorganisatie GHOR</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	22.000	42.118
Toevoeging	-	-
Onttrekkingen	22.000	20.118
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>-</b>	<b>22.000</b>

Voor een toelichting verwijzen we naar het jaardocument van de GHOR.

<b>Bestemmingsreserve huisvesting GHOR</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	21.000	21.000
Toevoeging	-	-
Onttrekkingen	-	-
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>21.000</b>	<b>21.000</b>

Voor een toelichting verwijzen we naar het jaardocument van de GHOR.

<b>Bestemmingsreserve netcentrisch werken GHOR</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	187.557	102.557
Toevoeging	-	-
Onttrekkingen	58.485	-
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	85.000
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>129.072</b>	<b>187.557</b>

Voor een toelichting verwijzen we naar het jaardocument van de GHOR.

<b>Bestemmingsreserve Oranje Kolom GHOR</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	-	-
Toevoeging	-	-
Onttrekkingen	-	15.000
Mutatie vanuit resultaatbestemming	-	15.000
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Voor een toelichting verwijzen we naar het jaardocument van de GHOR.

## Voorzieningen

<b>Voorzieningen voor verplichtingen, verliezen en risico's</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	312.712	376.320
Toevoeging	208.351	19.696
Aanwending	77.734	83.304
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>443.329</b>	<b>312.712</b>

### Specificatie voorzieningen:

<b>Voorzieningen wachtgeld OZL</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	32.075	40.553
Toevoeging	1.283	1.622
Aanwending	14.426	10.100
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>18.932</b>	<b>32.075</b>

Dit betreft een voorziening in het kader van de ontvlechting van de bedrijfsgezondheidszorg van de voormalige GGD Oostelijk Zuid Limburg. De voorziening is bepaald op basis van een contante waarde berekening gebaseerd op een rekenrente van 4%, uitgaande van het huidige premieniveau met indexatie van 2% en rekening houdend met een sterftkans gebaseerd op Sterftetabel Collectief 2003. De voorziening zal in 2016 volledig zijn aangewend.

<b>Voorzieningen wachtgeld desintegratie BHV</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	111.398	143.361
Toevoeging	-	-
Aanwending	31.614	31.963
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>79.784</b>	<b>111.398</b>

Dit betreft een voorziening in het kader van de desintegratie van de BHV van de GGD Zuidelijk Zuid Limburg. De uitvoering van deze regeling is overgedragen aan de GGD Zuid Limburg. De voorziening is bepaald op basis van een contante waarde berekening gebaseerd op een rekenrente van 4%, uitgaande van het huidige premieniveau met indexatie van 2% en rekening houdend met een sterftkans gebaseerd op Sterftetabel Collectief 2003. De voorziening zal in 2016 volledig zijn aangewend.

<b>Voorzieningen vervroegde uittreding RIO</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	4.592	6.568
Toevoeging	-	-
Aanwending	2.317	1.976
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>2.275</b>	<b>4.592</b>

Deze voorziening betreft de vervroegde uitdiensttreding van medewerkers van de GGD Zuidelijk Zuid Limburg bij de ontvlechting van het RIO. De uitvoering van deze regeling is overgedragen aan de GGD Zuid Limburg. De voorziening is bepaald op basis van een contante waarde berekening gebaseerd op een rekenrente van 4%, uitgaande van het huidige premieniveau met indexatie van 2% en rekening houdend met een sterftkans gebaseerd op Sterftetabel Collectief 2003. De voorziening zal in 2014 volledig zijn aangewend.

<b>Voorzieningen FPU OZL</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	32.647	51.855
Toevoeging	1.306	2.074
Aanwending	29.377	21.282
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>4.576</b>	<b>32.647</b>

Deze voorziening betreft de FPU vergoeding van personeel van de voormalige GGD Oostelijk Zuid Limburg. De voorziening is bepaald op basis van een contante waarde berekening gebaseerd op een rekenrente van 4%, uitgaande van het huidige premieniveau met indexatie van 2% en rekening houdend met een sterftkans gebaseerd op Sterftetabel Collectief 2003. De voorziening zal in 2015 volledig zijn aangewend.

<b>Voorziening onderhoud gebouw RAV</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	132.000	116.000
Toevoeging	16.000	16.000
Aanwending	-	-
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>148.000</b>	<b>132.000</b>

Voor de ambulancepost van de RAV aan de Demystraat te Geleen is een meerjaren-onderhoudsplan opgesteld door Bremen Bouwadviseurs BV. Het pand dateert oorspronkelijk uit 2008.

<b>Voorziening logopedie</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	-	17.983
Toevoeging	-	-
Aanwending	-	17.983
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Deze voorziening logopedie is opgenomen om toekomstige verplichtingen op te vangen uit hoofde van het afstoten van het product logopedie. In 2012 is deze voorziening volledig besteed en is daarom in 2013 niet meer van toepassing.

<b>Voorziening FLO RAV</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	-	-
Toevoeging	189.762	-
Aanwending	-	-
Vrijval	-	-
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>189.762</b>	<b>-</b>

Deze voorziening FLO RAV is gevormd uit door het College Sanering gefinancierde toekomstige verplichtingen uit hoofde van de "oude" FLO regelingen.

**Vaste schulden met een rente typische looptijd van langer dan één jaar:**

<b>Onderhandse leningen van binnenlandse banken en overige financiële instellingen:</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
1. BNG 4,03%	1.500.000	2.000.000
2. ING 6,90%	667.057	714.704
3. BNG 5,08%	2.062.500	2.212.500
4. BNG 3,915%	1.200.000	1.600.000
5. BNG 5,00%	1.300.000	1.350.000
6. BNG 1,30%	2.858.333	-
7. Waterschapsbank	64.210	-
<b>Totaal</b>	<b>9.652.100</b>	<b>7.877.204</b>

Lening nr. 1 is afgesloten om de aankoop van het pand in Geleen te kunnen financieren.  
Lening nr. 2 is overgenomen van de voormalige GGD Oostelijk Zuid Limburg ten behoeve van de financiering van het pand te Heerlen.

Lening nr. 3 is aangegaan om het restant van de aankoop van het pand te Heerlen te financieren.

Lening nr. 4 is aangegaan om de overdracht van de RAV-activa te kunnen financieren en als werkvoorschot omdat de zorgverzekeraars pas achteraf betalen.

Lening nr. 5 is afgesloten ter financiering van het nieuwbouwpand bij Orbis.

Lening nr. 6 is afgesloten om de aanschaf van diverse activa RAV te kunnen financieren alsmede als werkvoorschot.

Lening nr. 7 is in 2013 overgedragen i.v.m. de liquidatie van de voormalige GGD ZZL.

De totale rentelast leningen bedraagt € 375.736 in het verslagjaar.

**Mutatieoverzicht**

<b>Omschrijving</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
<b>Saldo per 1-1</b>	<b>7.877.204</b>	<b>9.114.851</b>
Opnamen	3.628.420	-
Betaalde aflossingen lopend boekjaar	1.853.524	1.237.647
<b>Saldo per 31-12</b>	<b>9.652.100</b>	<b>7.877.204</b>

**Netto vlottende schulden met een rente typische looptijd korter dan één jaar:**

<b>Banksaldi</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
Banksaldi	6.173.020	7.477.613
<b>Totaal</b>	<b>6.173.020</b>	<b>7.477.613</b>

Dit betreft de rekening courantverhouding met de BNG. Het betreft hier kasgeldleningen. Momenteel is de rentevoet van de kasgeldleningen zeer laag.

<b>Overige schulden</b>	<b>31 dec. 2013</b>	<b>31 dec. 2012</b>
Loonheffing/ pensioenpremie	1.775.348	-
Netto salaris	2.244	-
BTW	92.747	-
Overige schulden	4.090.706	1.673.326
<b>Totaal</b>	<b>5.961.045</b>	<b>1.673.326</b>

De stijging in de overige schulden wordt veroorzaakt door het feit dat de inwoner bijdrage 1<sup>e</sup> kwartaal 2014 en 1<sup>e</sup> kwartaal 2014 reeds in 2013 zijn gefactureerd, (zie ook vorderingen op openbare lichamen). Het restant saldo van de overige schulden bestaat uit openstaande posten inzake het normale handelsverkeer. De afwikkeling hiervan kent een normaal verloop.



## Overlopende passiva

Vooruit ontvangen bedragen	31 dec. 2013	31 dec. 2012
Van de Nederlandse overheden ontvangen, nog te besteden specifieke uitkering	80.873	54.348
Vooruit ontvangen bedragen	236.087	17.004
Nog te betalen bedragen	344.271	2.700.807
<b>Totaal</b>	<b>661.231</b>	<b>2.772.159</b>

De nog te betalen bedragen per 31 december 2013 betreffen o.a.:  
Het verloopoverzicht van de van de Nederlandse overheden ontvangen, nog te besteden specifieke uitkeringen is op te vragen bij de afdeling Financiën.

### Niet uit de balans blijvende verplichtingen

- Contracten inzake de huur van de kopieerapparaten (€ 42.000 per half jaar). Deze contracten lopen maximaal tot 2016.
- Aankoop 1 ambulance waarvan de levering in 2014 zal plaatsvinden (€ 115.000)
- Huurkoop 1 ambulance (€ 163.000 duur tot medio januari 2014).
- Huur van 25 huurpanden ten behoeve van CJG's en Ambulance. Een nadere specificatie kunt u opvragen bij de afdeling Financiën.

### 5.3. Toelichting rekening van baten en lasten

In de toelichting op de rekening van baten en lasten wordt ingegaan op de, in materiële zin, belangrijkste posten.

#### 5.3.1. Opbrengsten

Opbrengsten	Rekening 2013	Oorspronkelijke Begroting 2013	Bijgestelde Begroting 2013
Bijdragen gemeenten	11.970.407	12.524.944	12.230.701
Bijdragen centrumgemeenten	-	119.422	115.682
Bijdrage Rijk/ Provincie	3.797.350	3.191.058	3.002.653
Bijdrage NZA	16.870.089	16.164.217	16.164.217
Overige bijdrage	8.153.474	4.698.651	4.670.228
<b>Totaal</b>	<b>40.791.320</b>	<b>36.698.292</b>	<b>36.183.481</b>

##### *Bijdragen gemeenten*

Dit betreft de bijdrage per inwoner van alle 18 gemeenten alsmede de bijdrage van gemeenten op basis van tarieven. De bijdrage is lager dan begroot als gevolg van achterblijvende opbrengsten in met name de WMO gerelateerde producten.

##### *Inkomsten uit bijdragen centrumgemeenten*

Dit betreffen de inkomsten van de gemeenten Heerlen en Maastricht die voor Zuid-Limburg de taak van centrum gemeenten voor het product Huiselijk Geweld vervullen. Deze post is in de realisatie opgenomen onder de bijdragen gemeenten.

##### *Bijdrage Rijk/Provincie*

De afwijking tussen de realisatie 2013 en de begroting 2013 (€ 790.000) wordt met name veroorzaakt door product SOA. Van het ministerie VWS is € 300.000 meer bijdrage ontvangen. Hier staat tegenover dat hiervoor ook meer kosten zijn gemaakt. Daarnaast zijn opleidingsgelden ten behoeve van artsen JGZ en SIM ontvangen (€ 200.000). Het restant heeft betrekking op kortlopende projecten.

##### *Bijdrage NZA*

De bijdragen NZA betreffen de opbrengsten ten behoeve van het Ambulancevervoer (AMB) en de Meldkamer (MKA). De opbrengsten van de Nederlandse Zorg Autoriteit wijken slechts minimaal af van de laatste rekenstaat. Deze minimale afwijking wordt in de zogenaamde nacalculatie verrekend. De nacalculatie AMB wijkt € 56.067 positief af van de rekenstaat 2013. De nacalculatie MKA heeft een positieve afwijking van € 119.643 ten opzichte van de rekenstaat 2013. De begroting is gebaseerd op de rekenstaten van 2011.

##### *Overige bijdrage*

De gerealiseerde overige bijdragen in 2013 overschrijden de begroting 2013 met € 3.500.000 De verklaring per bedrijfsonderdeel is als volgt:

##### Overschrijding GGD met € 900.000

Als gevolg van een herinrichting van de administratie van de GGD heeft er bij de Afdeling SIM een verschuiving plaatsgevonden van tarieven gemeenten naar overige bijdrage (€ 700.000).

### Overschrijding Acute Zorg met € 2.600.000

Hierin is afrekening van het College Sanering opgenomen (€ 1.775.000). De RAV heeft ten opzichte van de begroting een hogere bijdrage vanuit het Ministerie van VWS inzake FLO-regeling (€ 235.000) ontvangen. In de opbrengsten zijn bovendien detacheringen opgenomen voor in totaal € 235.000, die in de begroting niet zijn verwerkt. Daarnaast heeft de RAV materialen verkocht (€ 26.000) en diverse bijdrage en subsidies ontvangen (€ 149.000). De GHOR kent een overschrijding van € 180.000. Voor een toelichting verwijzen we naar het jaardocument van de GHOR.

### **5.3.2. Exploitatiekosten**

<b>Personeelskosten</b>	<b>Rekening 2013</b>	<b>Oorspronkelijke Begroting 2013</b>	<b>Bijgestelde Begroting 2013</b>
Personeelskosten	31.482.617	27.309.021	27.033.065
<b>Totaal</b>	<b>31.482.617</b>	<b>27.309.021</b>	<b>27.033.065</b>

De overschrijding bij de GGD bedraagt € 1.835.000. Bij de GGD is extra personeel ingezet op diverse projecten. Dit gebeurt middels de inzet van uitzendkrachten (€ 200.000) en de inzet van tijdelijk personeel (€ 660.000). Tegenover deze hogere kosten staan ook meer opbrengsten. In de personele kosten zijn tevens bij de GGD reorganisatiekosten personeel (€ 650.000) opgenomen. Deze kosten worden gedekt door de vrijval van de reserve transitiekosten. De personeelskosten zijn hoger onder andere als gevolg van de deelname aan de werkkostenregeling. Hierdoor zijn kosten van mobiele telefonie verschoven naar personele kosten (€ 195.000). Fiscaal gezien dienen deze bij deelname aan de werkkostenregeling verantwoord te worden onder de personele kosten. Tevens zijn in deze kosten de opname van de levenslooptegoeden (€ 100.000) opgenomen en de kosten voor bij- (om) scholing van personeel (€ 50.000). Tegenover de kosten levensloop staat een uitkering vanuit Loyalis.

De acute zorg kent een overschrijding van € 2.614.000. Hiervan heeft € 168.000 betrekking op het onderdeel GHOR. Voor een toelichting hiervan verwijzen we naar het jaardocument van de GHOR.

Als gevolg van uitbreiding van personeel zijn de personeelskosten € 900.000 hoger dan begroot. Naast de directe loonkosten heeft deze uitbreiding ook gevolgen voor de indirecte componenten zoals scholing etc. (€ 250.000). Deze uitbreiding is conform het AB besluit van juni 2012 waarin het plan van aanpak ter verbetering van de performance is goedgekeurd. Tevens is een begin gemaakt met de reorganisatie van de afdeling Acute Zorg. Als gevolg hiervan zijn meer kosten gemaakt ten behoeve van afvloeiing van personeel (€ 400.000). Tevens heeft op basis van de afrekening van het college sanering (zie toelichting overige bijdrage) een dotatie plaatsgevonden aan de voorziening FLO van € 189.000. Het restant € 577.000 heeft betrekking op het vervangen van personeel. Bij de RAV is nieuw personeel pas na 9 maanden training volledig inzetbaar. Als gevolg van het verouderde personeelsbestand heeft de RAV te maken met een tijdelijk effect van dubbele bezetting.

De personeelskosten zijn daarnaast hoger onder andere als gevolg van de deelname aan de werkkostenregeling. Hierdoor zijn kosten van o.a. mobiele telefonie en aanverwante kosten verschoven naar personele kosten (€ 130.000). Fiscaal gezien dienen deze bij deelname aan de werkkostenregeling verantwoord te worden onder de personele kosten.

Bij de GGD Zuid Limburg wordt het Bestuur (AB en DB) beschouwd als topfunctionaris in de zin van de WNT. De governance van de GGD Zuid Limburg is in 2013 namelijk zo ingericht dat het Bestuur de beslissingen neemt over aangelegenheden die de gehele organisatie betreffen. De directie is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding van de

GGD Zuid-Limburg en haar leden zijn in die hoedanigheid eveneens een topfunctionaris in de zin van de WNT.

De bestuursleden van de GGD Zuid-Limburg zijn niet in dienst bij de GGD Zuid Limburg. Tevens vindt er geen doorbelasting vanuit de aangesloten gemeenten plaats. De directie is wel in dienst van de GGD Zuid Limburg. Hieronder zijn de topfunctionarissen van de GGD Zuid Limburg en hun bezoldiging weergegeven:

Directieleden:

F. Bovens

- Bruto salaris; € 135.314
- Belastbare vaste en variabele onkostenvergoedingen; € 6.854,30
- Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn; € 21.913,10
- Funcite; directeur
- Duur en omvang van het dienstverband in het boekjaar; in full time dienstverband gedurende het gehele boekjaar 2013.
- Indien van toepassing omvang uitkering wegens beëindiging dienstverband; NVT

F. Klaassen

- Bruto salaris; € 150.792,47
- Belastbare vaste en variabele onkostenvergoedingen; € 10.666,23
- Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn; € 24.802,12
- Functie; directeur (voorzitter directie)
- Duur en omvang van het dienstverband in het boekjaar; in full time dienstverband gedurende het gehele boekjaar 2013.
- Indien van toepassing omvang uitkering wegens beëindiging dienstverband; NVT

Bestuur: Voor de bestuursleden verwijzen we naar het overzicht (tabel) op pagina 4. Alle bestuursleden hebben in 2013 deze functie onbezoldigd vervuld.

De GGD Zuid Limburg beschikt verder niet over een toezichthoudend orgaan, er vindt geen externe inhuur plaats van personen die als topfunctionaris kunnen worden aangemerkt en er zijn geen overige functionarissen die de gestelde normbedragen overschrijden.

Huisvestingskosten	Rekening	Oor- spronkelijke Begroting	Bijgestelde Begroting
	2013	2013	2013
Huisvestingskosten	2.250.879	2.092.390	2.093.502
<b>Totaal</b>	<b>2.250.879</b>	<b>2.092.390</b>	<b>2.093.502</b>

De huisvestingskosten zijn € 157.000 hoger dan de begroting. De huisvestingskosten voor de GGD liggen in lijn met de begroting. De huisvestingskosten acute zorg kennen ieder jaar een overschrijding. Uitgangspunt voor de begroting is de rekenstaat van het NZA. In het zorgverzekeraarsoverleg is reeds meerdere malen geconstateerd dat de gebudgetteerde huisvestingskosten substantieel lager zijn dan de werkelijke huisvestingskosten. In het kader van de nieuwe financieringsmodel zullen hier opnieuw overleggen met de zorgverzekeraars over worden gevoerd.

<b>Beheers- en administratiekosten</b>	<b>Rekening</b>	<b>Oor- spronkelijke Begroting</b>	<b>Bijgestelde Begroting</b>
	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>
Beheers- en administratiekosten	4.452.640	3.417.681	3.404.122
<b>Totaal</b>	<b>4.452.640</b>	<b>3.417.681</b>	<b>3.404.122</b>

De overschrijding bedraagt € 1.048.500.

Voor het onderdeel GGD is de overschrijding € 190.000. Deze overschrijding wordt veroorzaakt door incidentele reorganisatiekosten en juridische ondersteuning in diverse vraagstukken.

De overschrijding ten opzichte van de begroting van Acute Zorg € 858.000 wordt veroorzaakt door een overschrijding van € 676.000 bij de RAV en € 182.000 bij de GHOR. Voor een toelichting op de GHOR verwijzen we naar het jaardocument GHOR. De overschrijding bij de RAV kan worden verklaard uit de incidentele overschrijding op afschrijving van de vervoermiddelen, de overschrijding op schade- en reparatiekosten, vervoermiddelen en de overschrijding op advieskosten. Een aantal verbindingskosten zijn onlosmakelijk verbonden met de kosten van vervoermiddelen en kunnen daarom niet afzonderlijk als verbindingen worden verantwoord. Hierdoor ontstaat een overschrijding op de post vervoermiddelen en een onderschrijding op de post verbindingen.

<b>Automatiseringskosten</b>	<b>Rekening</b>	<b>Oor- spronkelijke Begroting</b>	<b>Bijgestelde Begroting</b>
	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>
Automatiseringskosten	2.404.651	1.667.042	1.662.022
<b>Totaal</b>	<b>2.404.651</b>	<b>1.667.042</b>	<b>1.662.022</b>

Het onderdeel GGD kent een overschrijding van € 283.000. In 2013 is een deel van de taken uitbesteed waardoor een verschuiving met personeelskosten heeft plaatsgevonden. Tevens is het nieuwe ICT-platform in gebruik genomen. De RAV kent een overschrijding van € 330.000. Binnen de meldkamer zijn gezamenlijk met de andere partners afspraken op het gebied van automatisering gemaakt (MZL beheer). De bijdrage aan MZL beheer is volledig verantwoord onder de automatiseringskosten. In de begroting zijn deze kosten echter over meer kostensoorten verdeeld. Daarnaast hebben in 2012 investeringen plaatsgevonden waardoor in 2013 de kosten stijgen. Door de uitbreiding van personeel zijn tevens de kosten voor licenties etc. gestegen. De GHOR kent een overschrijding van € 130.000. Voor een nadere toelichting verwijzen we naar het jaardocument van de GHOR.

<b>Kosten medische middelen</b>	<b>Rekening</b>	<b>Oor- spronkelijke Begroting</b>	<b>Bijgestelde Begroting</b>
	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>
Medische middelen	1.276.004	1.308.440	1.309.190
<b>Totaal</b>	<b>1.276.004</b>	<b>1.308.440</b>	<b>1.309.190</b>

De kosten medische middelen liggen in lijn met de begroting. Daar waar de GGD een onderschrijding kent als gevolg van lager kosten diagnostiek (hier staat ook een lagere vergoeding tegenover) kent het onderdeel acute zorg een overschrijding als gevolg van uitbreiding van het wagenpark.

<b>Kosten uitvoering van derden</b>	<b>Rekening</b>	<b>Oor- spronkelijke Begroting</b>	<b>Bijgestelde Begroting</b>
	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>
Uitvoering van derden	159.167	83.800	84.600
<b>Totaal</b>	<b>159.167</b>	<b>83.800</b>	<b>84.600</b>

De overschrijding bedraagt € 74.400. Dit wordt met name veroorzaakt door Acute zorg. In 2012 is er een samenwerkingsverband, met name voor gezamenlijke inkoop, met een aantal andere RAV's aangegaan (Axira). De kosten van deelname aan deze samenwerking waren niet in de begroting 2013 opgenomen.

<b>Kosten veiligheidsregio</b>	<b>Rekening</b>	<b>Oor- spronkelijke Begroting</b>	<b>Bijgestelde Begroting</b>
	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>
Kosten veiligheidsregio	179.000	334.094	130.094
<b>Totaal</b>	<b>179.000</b>	<b>334.094</b>	<b>130.094</b>

Voor een toelichting verwijzen we naar het jaardocument van de GHOR.

<b>Kosten verbindingen</b>	<b>Rekening</b>	<b>Oor- spronkelijke Begroting</b>	<b>Bijgestelde Begroting</b>
	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>
Kosten verbindingen	115.342	358.000	358.000
<b>Totaal</b>	<b>115.342</b>	<b>358.000</b>	<b>358.000</b>

Een deel van de verbindingskosten (€ 195.000) RAV zijn in de realisatie ondergebracht onder de beheers- & administratiekosten (onderhouds- en reparatiekosten van vervoermiddelen) omdat er geen splitsing in deze kosten gemaakt kan worden. Daarnaast heeft bij de GHOR een verschuiving plaatsgevonden van de kosten verbindingen naar personele kosten (€ 95.000). Voor een nadere toelichting verwijzen we naar het jaardocument van de GHOR

<b>Kosten communicatiemiddelen</b>	<b>Rekening</b>	<b>Oor- spronkelijke Begroting</b>	<b>Bijgestelde Begroting</b>
	<b>2013</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>
Communicatiemiddelen	71.593	127.824	130.886
<b>Totaal</b>	<b>71.593</b>	<b>127.824</b>	<b>130.886</b>

In de begroting zijn hier de kosten voor de volwassen-, jongeren-, en ouderenmonitor (€ 45.000) onder verantwoord. In de realisatie zijn deze kosten opgenomen onder de beheers- en administratiekosten. Daarnaast kent de GHOR een onderschrijding van € 9.500. voor een nadere toelichting verwijzen we naar het jaardocument van de GHOR.

## 6. Voorstel tot resultaatbestemming

### 6.2. Voorstel tot resultaatbescherming na aanwending bestemmingsreserve

Het resultaat voor de mutaties in de reserves bedraagt € 6.304.550 negatief. De onttrekking aan de reserves zijn € 804.201 waardoor een nog te bestemmen resultaat van € 5.500.349 negatief resteert. Na correctie voor het resultaat waardevermindering onroerend goed (€ 4.703.977) resteert een regulier bedrijfsresultaat van € 796.372 negatief.

De mutaties aan de reserves zijn als volgt:

<b>Voorstel resultaatbestemming</b>	
Onttrekking Transitie reserve GGD	697.692
Onttrekking MOA reserve GGD	26.024
Onttrekking reorganisatie reserve GHOR	22.000
Onttrekking reserve netcentrisch werken GHOR	58.485
<b>Totaal</b>	<b>804.201</b>

Het voorstel is om het negatieve resultaat waardevermindering onroerend goed € 4.703.977 niet te bestemmen en als negatief resultaat (vermogen) op de balans te laten staan en dit resultaat mee te nemen in de definitieve afwikkeling van het huisvestingsdossier.

Het voorstel is om het negatieve reguliere bedrijfsresultaat € 796.372 als volgt te

<b>Voorstel bestemming reguliere bedrijfsresultaat</b>	
Onttrekking Algemene Reserve GGD	84.204
Onttrekking Algemene Reserve GHOR	7.185
Ten laste van Reserve Aanvaardbare Kosten Ambulancezorg	192.899
Ten laste van Reserve Aanvaardbare Kosten Meldkamer	512.084
<b>Totaal</b>	<b>796.372</b>

#### Algemene toelichting.

Algemeen uitgangspunt bij de bestemming van het resultaat is dat indien de algemene reserve op peil is positieve resultaten worden uitgekeerd aan de deelnemende gemeenten. Negatieve resultaten worden, bij voldoende saldo van de algemene reserve, ten laste van de algemene reserve gebracht.

Bij de RAV worden de positieve of negatieve resultaten altijd ten gunste of ten laste van het RAK gebracht. Het RAK heeft eenzelfde functie als de algemene reserve alleen kunnen de gemeenten hierover niet beschikken aangezien zij ook niet bijdragen aan de RAV.

## 7. Begrotingsrechtmatigheid

Voor een toelichting op de afzonderlijke bedrijfsonderdelen en de afzonderlijke kosten posten verwijzen we naar de toelichting op de rekening van baten en lasten.

<b>GGD</b>	<b>Rekening 2013</b>	<b>Bijgestelde Begroting 2013</b>	<b>Vershil</b>
Personeelskosten	13.351.949	11.516.792	1.835.157
Overige kosten	5.132.892	4.844.105	288.787
Kosten waardevermindering onroerend goed	4.703.977	-	4.703.977

De afwijking van de begroting is in overeenstemming met de binnen het bestuur gemaakte afspraken. De verschillen worden met name veroorzaakt door kosten die ten last komen van de reserve transitiekosten en de extra inzet van personeel bij projecten. De opbrengsten vertonen een gelijke afwijking. De kosten waardevermindering onroerend goed hebben betrekking op de verkoop van de panden. Hierover heeft het Algemeen Bestuur op 19 februari 2014 een besluit tot gunning genomen.

<b>Acute zorg</b>	<b>Rekening 2013</b>	<b>Bijgestelde Begroting 2013</b>	<b>Vershil</b>
Personeelskosten	18.130.668	15.516.273	2.614.395
Overige kosten	5.776.384	4.328.311	1.448.073

De afwijking van de begroting is in overeenstemming met de binnen het bestuur gemaakte afspraken. De overschrijding op de personeelskosten en de overschrijding op de overige kosten worden veroorzaakt door de inzet van extra middelen ten behoeve van prestatie- /kwaliteitsimpuls.



## **8. Controleverklaring jaarrekening 2013**

### **Controleverklaring van de onafhankelijke accountant**

De controleverklaring zal separaat zo spoedig mogelijk worden aangeleverd.

## Bijlage 1 Activastaat

	Aanschafwaarde 1-1-2013	Cumulatieve afschrijving t/m 2012	Boekwaarde per 1-1-2013	Investerings 2013	Verminderings 2013	Reguliere afschrijving 2013	Afschrijving verminderingen 2013	Aanschafwaarde 31-12-2013	Cumulatieve afschrijving t/m 2013	Boekwaarde per 31-12-2013
<b>1. Bedrijfsgebouwen</b>										
GGD	10.487.500	1.468.250	9.019.250	-	-	91.349	-	10.487.500	1.559.599	8.927.901
RAV-Ambulancedienst	1.544.145	123.532	1.420.613	-	-	30.883	-	1.544.145	154.415	1.389.730
<b>Totaal</b>	<b>12.031.645</b>	<b>1.591.782</b>	<b>10.439.863</b>	-	-	<b>122.232</b>	-	<b>12.031.645</b>	<b>1.714.014</b>	<b>10.317.631</b>
<b>2. Renovatie bedrijfs-/huurgebouwen</b>										
GGD	852.427	207.343	645.084	-	-	47.205	-	852.427	254.548	597.879
GHOR	32.876	21.356	11.520	-	-	1.455	-	32.876	22.811	10.065
RAV-Ambulancedienst	8.036	1.247	6.789	-	-	322	-	8.036	1.569	6.467
RAV-Meldkamer	48.905	19.807	29.098	-	48.905	1.956	21.763	-	-	-
<b>Totaal</b>	<b>942.244</b>	<b>249.753</b>	<b>692.491</b>	-	<b>48.905</b>	<b>50.938</b>	<b>21.763</b>	<b>893.339</b>	<b>278.928</b>	<b>614.411</b>
<b>3. Technische installaties in bedrijfsgebouwen</b>										
GGD	284.496	97.150	187.346	-	-	11.657	-	284.496	108.807	175.689
GHOR	95.478	46.123	49.355	-	-	5.623	-	95.478	51.746	43.732
RAV-Ambulancedienst	7.997	1.155	6.842	-	-	534	-	7.997	1.689	6.308
RAV-Meldkamer	105.204	20.846	84.358	-	-	7.013	-	105.204	27.859	77.345
<b>Totaal</b>	<b>493.175</b>	<b>165.274</b>	<b>327.901</b>	-	-	<b>24.827</b>	-	<b>493.175</b>	<b>190.101</b>	<b>303.074</b>
<b>4. Inventaris</b>										
GGD	914.961	445.344	469.617	34.520	-	94.415	-	949.481	539.759	409.722
GHOR	163.367	157.993	5.374	-	-	2.183	-	163.367	160.176	3.191
RAV-Ambulancedienst	58.810	25.810	33.000	-	-	5.881	-	58.810	31.691	27.119
RAV-Meldkamer	6.278	4.091	2.187	-	-	628	-	6.278	4.719	1.559
<b>Totaal</b>	<b>1.143.416</b>	<b>633.238</b>	<b>510.178</b>	<b>34.520</b>	-	<b>103.107</b>	-	<b>1.177.936</b>	<b>736.345</b>	<b>441.591</b>
<b>5. Vervoermiddelen</b>										
GHOR	501.500	230.247	271.253	-	-	80.250	-	501.500	310.497	191.003
RAV-Ambulancedienst	3.429.156	2.109.799	1.319.357	479.843	214.196	600.375	214.196	3.694.803	2.495.978	1.198.825
RAV-Ambulancedienst - motoren	151.352	109.190	42.162	-	-	38.918	-	151.352	148.108	3.244
<b>Totaal</b>	<b>4.082.008</b>	<b>2.449.236</b>	<b>1.632.772</b>	<b>479.843</b>	<b>214.196</b>	<b>719.543</b>	<b>214.196</b>	<b>4.347.655</b>	<b>2.954.583</b>	<b>1.393.072</b>

<b>6. Automatisering</b>											
GGD	2.320.637	2.187.855	132.782	562.234	-	237.624	-	2.882.871	2.425.479	457.392	
GHOR	124.955	117.325	7.630	4.840	-	8.840	-	129.795	126.165	3.630	
RAV-Ambulancedienst	149.489	83.535	65.954	46.509	-	59.197	-	195.998	142.732	53.266	
RAV-Meldkamer	5.795	5.795	-	218.586	-	29.665	-	224.381	35.460	188.921	
<b>Totaal</b>	<b>2.600.876</b>	<b>2.394.510</b>	<b>206.366</b>	<b>832.169</b>	<b>-</b>	<b>335.326</b>	<b>-</b>	<b>3.433.045</b>	<b>2.729.836</b>	<b>703.209</b>	
<b>7. Medische apparatuur</b>											
GGD	19.859	16.906	2.953	-	-	2.094	-	19.859	19.000	859	
RAV-Ambulancedienst	1.630.183	603.886	1.026.297	10.489	7.950	272.245	7.950	1.632.722	868.181	764.541	
<b>Totaal</b>	<b>1.650.042</b>	<b>620.792</b>	<b>1.029.250</b>	<b>10.489</b>	<b>7.950</b>	<b>274.339</b>	<b>7.950</b>	<b>1.652.581</b>	<b>887.181</b>	<b>765.400</b>	
<b>8. Communicatieapparatuur</b>											
GGD	9.024	7.219	1.805	-	-	1.805	-	9.024	9.024	-	
GHOR	198.459	190.966	7.493	-	-	3.670	-	198.459	194.636	3.823	
RAV-Ambulancedienst	400.459	244.831	155.628	22.731	-	54.276	-	423.190	299.107	124.083	
RAV-Meldkamer	17.729	17.053	676	-	-	676	-	17.729	17.729	-	
<b>Totaal</b>	<b>625.671</b>	<b>460.069</b>	<b>165.602</b>	<b>22.731</b>	<b>-</b>	<b>60.427</b>	<b>-</b>	<b>648.402</b>	<b>520.496</b>	<b>127.906</b>	
<b>9. Bedrijfskleding</b>											
GHOR	47.282	40.615	6.667	-	-	4.000	-	47.282	44.615	2.667	
RAV-Ambulancedienst	4.500	2.000	2.500	-	-	1.500	-	4.500	3.500	1.000	
RAV-Meldkamer	38.729	15.487	23.242	-	-	12.910	-	38.729	28.397	10.332	
<b>Totaal</b>	<b>90.511</b>	<b>58.102</b>	<b>32.409</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>18.410</b>	<b>-</b>	<b>90.511</b>	<b>76.512</b>	<b>13.999</b>	
<b>TOTAAL</b>	<b>23.659.588</b>	<b>8.622.756</b>	<b>15.036.832</b>	<b>1.379.752</b>	<b>271.051</b>	<b>1.709.149</b>	<b>243.909</b>	<b>24.768.289</b>	<b>10.087.996</b>	<b>14.680.293</b>	
<b>INGEBRUIKNAME ACTIVA 2014</b>										<b>131.525</b>	
<b>AF Voorziening waardevermindering onroerend goed</b>										<b>4.387.451</b>	
<b>TOTAAL-GENERAAL</b>										<b>10.424.367</b>	

## Bijlage 2 SISA



Ministerie van Binnenlandse Zaken en  
Koninkrijksrelaties



Departement	Nummer	Specifieke uitkering	Juridische grondslag	Ontvanger	SiSa bijlage verantwoordingsinformatie 2013 op grond van artikel 3 van de Regeling informatieverstrekking sisa			
					I N D I C A T O R E N			
M&I	E27B	Brede doeluitkering verkeer en vervoer SiSa tussen medeoverheden  Provinciale beschikking en/of verordening  Gemeenten en Gemeenschappelijke Regelingen	Hieronder per regel één beschikingsnummer en in de kolommen ernaast de verantwoordingsinformatie	Besteding (jaar T) ten laste van provinciale middelen	Overige bestedingen (jaar T)	Correctie ten opzichte van tot jaar T verantwoorde bestedingen ten laste van provinciale middelen	Correctie ten opzichte van tot jaar T verantwoorde overige bestedingen	
			Aard controle n.v.t. Indicatomummer: E27B / 01	Aard controle R Indicatomummer: E27B / 02	Aard controle R Indicatomummer: E27B / 03	Aard controle R Indicatomummer: E27B / 04	Aard controle R Indicatomummer: E27B / 05	
			1	€ 7.000	€ 7.352			



Departement	Nummer	Specifieke uitkering	Juridische grondslag	Ontvanger	SiSa bijlage verantwoordingsinformatie 2013 op grond van artikel 3 van de Regeling informatieverstrekking sisa		
					I N D I C A T O R E N		
VWS	H3	Seksualiteitscoördinatie- en hulpverlening + aanvullende curatieve SOA bestrijding	Subsidieregeling publieke gezondheid	Gemeenten	Aantal consulten (jaar T) seksualiteitshulpverlening in het verzorgingsgebied.	Aantal gevonden SOA's (jaar T) in het verzorgingsgebied	Aantal SOA- onderzoeken (jaar T) in het verzorgingsgebied
					<i>Aard controle D1</i>	<i>Aard controle D1</i>	<i>Aard controle D1</i>
					<i>Indicatomummer: H3 / 01</i>	<i>Indicatomummer: H3 / 02</i>	<i>Indicatomummer: H3 / 03</i>
					1.920	1.219	8.002

### Bijlage 3 Staat van reserves en voorzieningen

Omschrijving	Saldo 1-1-2013	Resultaat- bestemming 2012	Vermeerde ringen 2013	Verminde ringen 2013	Saldo 31-12-2013 incl. res. best. 2012
<b>Reserves</b>					
Algemene reserve GGD	52.797	101.017	-	-	153.814
Algemene reserve Huiselijk Geweld	11.559	-	-	-	11.559
Algemene reserve GHOR	114.370	-	-	-	114.370
Algemene reserve Halt	27.692	-27.692	-	-	-
<b>Algemene Reserve</b>	<b>206.418</b>	<b>73.325</b>	-	-	<b>279.743</b>
Reserve Aanvaardbare kosten AMB	5.569.504	-401.353	-	-	5.168.151
Reserve Aanvaardbare kosten MKA	1.186.680	-366.327	-	-	820.353
<b>Reserve Aanvaardbare kosten totaal</b>	<b>6.756.184</b>	<b>-767.680</b>	-	-	<b>5.988.504</b>
Bestemmingsreserve tranistiekosten Gemeenten	1.222.363	-	-	697.692	524.671
Reserve MOA	155.647	-	-	26.024	129.623
Reserve risico GMP	130.000	-	-	-	130.000
Reserve risico FORGNK GMP	106.485	-	-	-	106.485
Bestemmingsreserve reorganisatie GGD	-	-	-	-	-
Bestemmingsreserve netcentrisch werken GHOR	187.557	-	-	58.484	129.073
Bestemmingsreserve voor huisvesting GHOR	21.000	-	-	-	21.000
Bestemmingsreserve reorganisatie GHOR	22.000	-	-	22.000	-
Bestemmingsreserve reorganisatie Halt	15.000	-15.000	-	-	-
<b>Overige reserves</b>	<b>1.860.052</b>	<b>-15.000</b>	-	<b>804.200</b>	<b>1.040.852</b>
<b>Nog te verrekenen derden GGD (Halt)</b>	-	<b>4.927</b>	-	<b>4.927</b>	-
<b>Totaal</b>	<b>8.822.654</b>	<b>-704.428</b>	-	<b>809.127</b>	<b>7.309.099</b>

<b>Omschrijving</b>	<b>Saldo 1-1-2013</b>		<b>Vermeerde ringen 2013</b>	<b>Verminde ringen 2013</b>	<b>Saldo 31-12- 2013</b>
<b>Vorzieningen</b>					
Voorziening wachtgeld OZL	32.075	nvt	1.283	14.426	18.932
Voorziening wachtgelden desintergratie BHV	111.398	nvt	-	31.614	79.784
Voorziening vervroegde uittreding RIO	4.592	nvt	-	2.317	2.275
Voorziening FPU OZL	32.647	nvt	1.306	29.377	4.576
Voorziening onderhoud gebouw RAV	132.000	nvt	16.000	-	148.000
Voorziening FLO RAV	-	nvt	189.762	-	189.762
<b>Totaal</b>	<b>312.712</b>		<b>208.351</b>	<b>77.734</b>	<b>443.329</b>

**Bijlage 4 Toelichting t.b.v. NZA  
Opbrengsten 2013:**

**Werkelijke opbrengsten Ambulanzorg registratienummer: 240-5200**

**9. Werkelijke opbrengsten**

<b>901</b>	<b>Verrekend in opbrengsten in 2013 (meest recente opbrengstregistratie):</b>	<b>15.386.197</b>
<b>902</b>	Werkelijke opbrengst 2013 basistarief ritten exclusief CPA-tarief	13.824.178
<b>903</b>	Werkelijke opbrengst 2013 tijdelijke toeslagen	
<b>904</b>	Werkelijke opbrengst 2013 kilometers	1.581.735
<b>905</b>	Overige opbrengsten 2013	
<b>906</b>	<b>Totaal werkelijke opbrengsten (regel 902 t/m 905)</b>	<b>15.405.913</b>
<b>907</b>	<b>Nog te verrekenen opbrengsten met betrekking tot 2013</b>	<b>-19.716</b>

**Werkelijke opbrengsten Meldkamer registratienummer: 810-530**

**6. Werkelijke opbrengsten**

<b>601</b>	<b>Verrekend in opbrengsten (meest recente opbrengstregistratie):</b>	<b>2.017.992</b>
<b>602</b>	Opbrengst basistarief meldingen	1.983.552
<b>603</b>	Opbrengst tijdelijke toeslagen	
<b>604</b>	Overige opbrengsten	
<b>605</b>	<b>Totaal werkelijke opbrengsten (regel 602 t/m 604)</b>	<b>1.983.552</b>
<b>606</b>	<b>Nog te verrekenen opbrengsten met betrekking tot 2013</b>	<b>34.440</b>

**Kosten 2013:**

**Werkelijke rente- en huurkosten Ambulanzorg registratienummer: 240-5200**

De rentekosten en de huurkosten van de Ambulanzorg zijn opgenomen onder de beheers- en administratie kosten.

<b>601</b>	<b>Rentekosten leningen en rekening-courant</b>	<b>214.559</b>
<b>Toel.</b>	<b>Huurkosten pand Gulpen</b>	<b>15.055</b>

**Werkelijke huurkosten Meldkamer registratienummer: 810-530**

<b>Huurkosten ruimten Meldkamer Maastricht</b>	<b>125.000</b>
--	----------------



Aan de gemeenten Zuid-Limburg,  
T.a.v. de Raad

Uw kenmerk	Ons kenmerk	2014/01057	GGD-locatie	Geleen	
Uw brief van	Datum	31 maart 2014	Telefoonnr.	046-8505556	
Onderwerp	Begroting 2015	Bijlage(n)	Begroting 2015	Behandelaar	P. Lamberts
	GGD Zuid Limburg				

Geachte Raadsgriffier,

In samenwerking met de Zuid-Limburgse gemeenten heeft de GGD de begroting 2015 opgesteld (zie bijlage). Vanwege de positieve reacties is de nieuwe, lezersvriendelijke opzet van de begroting 2014 dit jaar herhaald.

De begroting 2015 staat in het teken van de decentralisaties. Als gemeentelijke gezondheidsdienst heeft de GGD ingespeeld op de nieuwe, grote opgaven voor de gemeenten. De uitvoering van het dienstenpakket is de afgelopen jaren ingrijpend gewijzigd en is er steeds meer op gericht mensen te helpen zelf verantwoordelijkheid te (kunnen) nemen voor hun gezondheid.

### **Realisatie taakstelling huisvesting**

Financieel gezien ligt de GGD nog steeds op koers voor de bezuinigingsopdracht van -11% die onderdeel is van toekomstscenario 2 (bestuursbesluit 6 juli 2011). In 2015 wordt deze opdracht afgerond.

Het huisvestingstraject is met ruim een jaar vertraagd. Hierdoor was onzeker of de beoogde taakstelling van € 500.000 op de huisvesting voor 2015 gehaald kon worden. De exploitatie van de GGD biedt geen ruimte voor verdere bezuinigingen. De verwachting is dat door het optimaliseren van het planningsproces, de fiscaliteiten en de tijdelijke huisvesting deze taakstelling voor 2005 reëel is.

### **Begroting 2016**

2015 is het laatste jaar van de beleidscyclus 2012-2015. De begroting 2016 heeft betrekking op een nieuwe beleidsperiode. Gelet op de positieve ervaringen die vier jaar geleden zijn opgedaan met de toekomstscenario's wordt het volgende proces gevolgd:

- Er wordt een nieuwe discussie gevoerd waarbij inhoud en financiën hand in hand gaan.
- De discussie over de inhoud wordt gestart op basis van de regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning (rVTV) die deze zomer wordt gepresenteerd en waarbij wordt toegewerkt naar een nieuwe regionale nota gezondheidsbeleid.
- Voor de financiële kaders worden wederom meerdere scenario's opgesteld.

### **Directie- en Bestuursbureau**

GGD Zuid Limburg

Postbus 2022, 6160 HA Geleen

T 046 – 850 66 66 . F 046 – 850 66 67 . info@ggdzl.nl . www.ggdzl.nl

### **Zienswijze en vaststelling**

Het is aan het Algemeen Bestuur van de GGD Zuid Limburg om in de vergadering van 2 juli a.s. de begroting 2015 vast te stellen. Maar eerst heeft u de mogelijkheid om een zienswijze kenbaar te maken aan het Dagelijks Bestuur. Wij zien uw reactie graag uiterlijk 25 juni tegemoet.

U kunt uw schriftelijke zienswijze sturen naar:  
GGD Zuid Limburg  
t.a.v. Petra Lamberts, bestuurs- en directiesecretaris  
Postbus 2022, 6160 HA Geleen

Het Dagelijks Bestuur zal de begroting 2015 vervolgens samen met de ontvangen zienswijzen aanbieden aan het Algemeen Bestuur.

### **Begroting GHOR**

Voor de begroting 2015 van de GHOR, een onderdeel van de GGD Zuid Limburg, is het Algemeen Bestuur van de Veiligheidsregio Zuid-Limburg verantwoordelijk. Die begroting is voor de volledigheid bijgevoegd. Uw zienswijze hierop kunt u voor 1 juni bekendmaken aan het bestuurssecretariaat van de Veiligheidsregio. Besluitvorming hierover vindt plaats op 13 juni.

Met vriendelijke groet,



Drs. A.R.B. van den Tillaar  
Voorzitter bestuur



F.C.W. Klaassen, arts  
Ambtelijk secretaris

### **Directie- en Bestuursbureau**

GGD Zuid Limburg  
Postbus 2022, 6160 HA Geleen  
T 046 - 850 66 66 . F 046 - 850 66 67 . info@ggdzl.nl . www.ggdzl.nl



# Meedoen is gezond

Begroting 2015



# Meedoen is gezond

Met de aanstaande decentralisaties in het sociale domein gaat er voor de burger veel veranderen. Het zal niet mogelijk zijn alle mensen de steun te blijven geven die ze nu gewend zijn. Minder mensen zullen aanspraak kunnen maken op voorzieningen. Geen prettige boodschap, maar wel de realiteit. Als gemeentelijke gezondheidsdienst heeft de GGD ingespeeld op de nieuwe, grote opgaven voor de gemeenten. Het heeft geleid tot een ingrijpend andere uitvoering van het takenpakket. De inhoudelijke veranderingen die zijn ingezet, zijn erop gericht mensen te helpen zélf verantwoordelijkheid te (kunnen) nemen voor hun gezondheid.

Gemeenten hebben niet alleen te maken met nieuwe taken, maar ook met een lager budget. Ook in financieel opzicht heeft de GGD zich aangepast aan de nieuwe werkelijkheid en flink bezuinigd. De GGD ligt nog steeds op koers voor de bezuinigingsopdracht van 11% op de gemeentelijke bijdrage. Tegelijkertijd is in de organisatie goed te merken dat het steeds moeilijker wordt om de financiële doelen te halen. Geen enkele uitgave is nog vanzelfsprekend. Hoewel verbetering en vernieuwing essentieel zijn in een tijd die vraagt om slimme, creatieve oplossingen, staat kostenreductie daarbij telkens voorop.

In 2015 zal de GGD de bezuinigingsopdracht afronden. Conform de keuze van de gemeenten wordt de dienstverlening aan de burger daarbij zo veel mogelijk ontzien. Dat uitgangspunt is de GGD veel waard. Het besluit van het bestuur om de GGD te huisvesten in een nieuw gebouw in Heerlen draagt daar substantieel aan bij, omdat hiermee jaarlijks € 500.000 wordt bespaard op stenen en niet op zorg voor burgers. Al zal er door de decentralisaties veel wijzigen, voor de GGD blijven de burger en zijn gezondheid onveranderd centraal staan.

*Frank Klaassen, voorzitter directie*  
*Fons Bovens, directeur*

Over de GGD

Kernelementen van de nieuwe koers

Organogram GGD Zuid Limburg

Begroting 2015

Meerjarenraming

Begroting 2015 per afdeling

De decentralisaties en de rol van de GGD

Gezondheid en Maatschappelijke Participatie

Begroting Gezondheid en Maatschappelijke Participatie

Jeugdgezondheidszorg

Begroting Jeugdgezondheidszorg

Kennis & Innovatie

Begroting Kennis & Innovatie

Seksuele Gezondheid, Infectieziekten en Milieu

Begroting Seksuele Gezondheid, Infectieziekten en Milieu

Acute Zorg

Begroting Acute Zorg

# Over de GGD

De GGD Zuid Limburg is een gemeenschappelijke regeling die is ingesteld door de 18 gemeenten in Zuid-Limburg. De organisatie kent de volgende onderdelen:

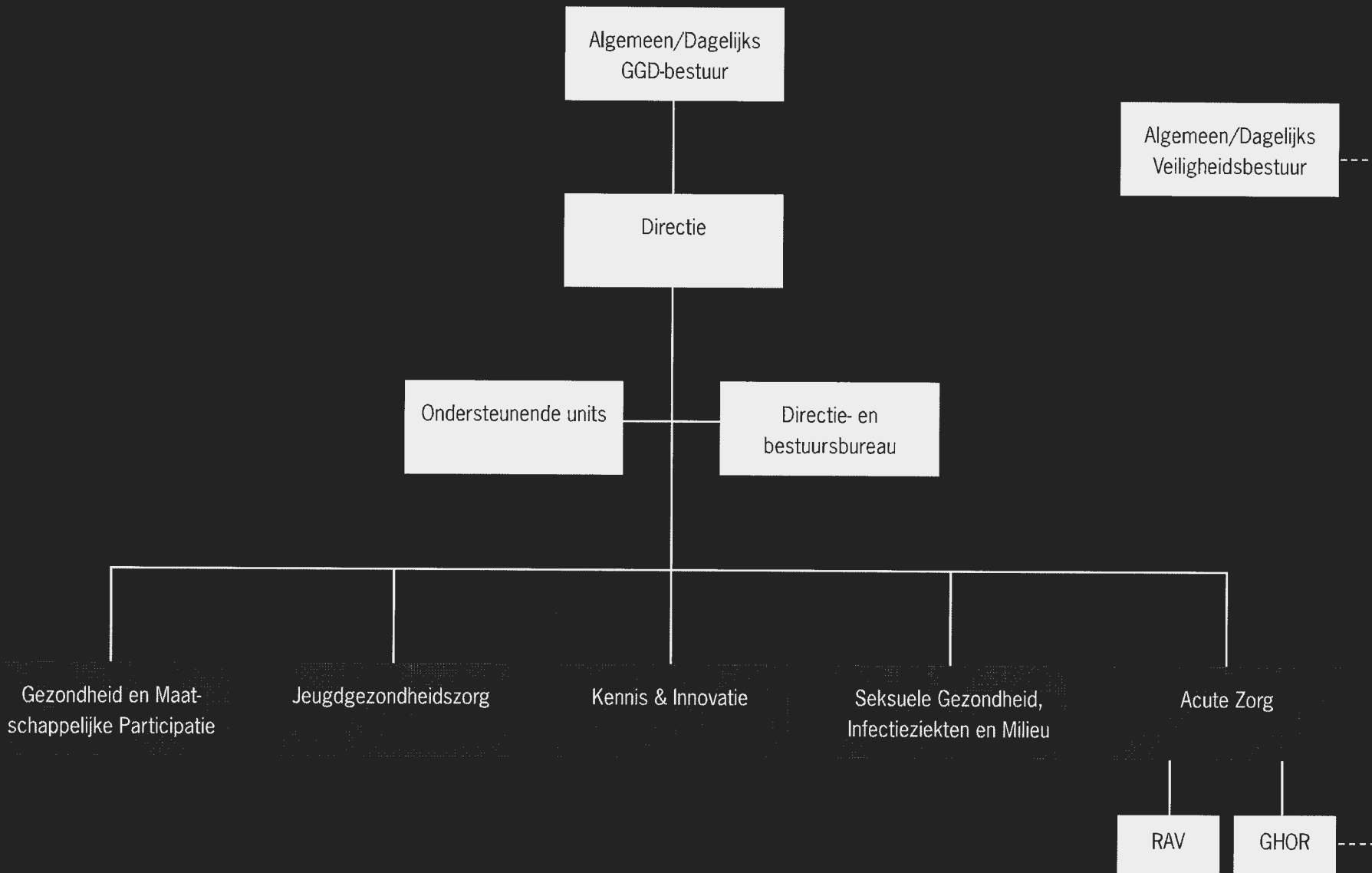
- **Bestuur:** Conform de wettelijke bepaling in de Wet gemeenschappelijke regelingen bestaat de bestuursstructuur uit een Algemeen Bestuur, een Dagelijks Bestuur en een voorzitter. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de GHOR ligt bij het Veiligheidsbestuur Zuid-Limburg. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van deze taken is via een bestuursovereenkomst opgedragen aan de GGD Zuid Limburg.
- **Directie:** De directie bestaat uit twee leden en is verantwoordelijk voor de dagelijkse leiding en het beheer van de organisatie en legt hierover verantwoording af aan het Dagelijks Bestuur.
- **Afdelingen:** Onder de directie vallen vijf uitvoerende afdelingen en twee ondersteunende afdelingen.

# Kernelementen van de nieuwe koers

- **Meer gezondheidswinst:** Het verkleinen van de gezondheidsachterstand van Zuid-Limburg en het verminderen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.
- **Focus op mensen in een kwetsbare positie:** Dit zijn vooral jongeren en ouderen in een kwetsbare positie en mensen met een lage sociaaleconomische status.
- **Ketengericht samenwerken:** Flexibel ketengericht samenwerken tussen organisaties is van belang om een adequaat antwoord te hebben op de veelal complexe gezondheidsproblemen. Hiaten en doublures moeten worden voorkomen.
- **Integrale aanpak:** Gezondheid wordt door diverse factoren beïnvloed. Een benadering vanuit verschillende domeinen is het effectiefst. Ontschotting van beleidsterreinen is essentieel, evenals de samenwerking met publieke en private partners.
- **Contextgebonden werken:** Gedragsverandering alleen volstaat niet. Het is van belang om ook structuren en processen om mensen heen te veranderen (via de context van het gezin, het werk, de buurt, de school, et cetera).
- **Dialog met burgers:** Mensen zijn zelf medeverantwoordelijk voor hun gezondheid. Preventie-activiteiten worden bij voorkeur in samenspraak met hen vormgegeven. Het draait daarbij vooral om *empowerment*.
- **Samen leren:** Samenwerking tussen beleid, onderzoek en praktijk is essentieel om maatschappelijke problemen op te lossen.



# Organogram GGD Zuid Limburg



# Begroting 2015

De GGD stelt jaarlijks een zo realistisch mogelijke begroting op met daarin de inkomsten en uitgaven voor het komend kalenderjaar. De algemene uitgangspunten voor de begroting zijn in de Gemeenschappelijke Regeling of door besluitvorming in het Algemeen Bestuur vastgelegd. Daarnaast heeft de GGD in de periode 2012 tot en met 2015 te maken met een bezuinigingstaakstelling die deel uitmaakt van de uitgangspunten.

## Algemene uitgangspunten

- De bijdrage van de gemeenten wordt gebaseerd op het aantal inwoners in Zuid-Limburg op basis van de CBS-cijfers per 1 januari van twee jaar voorafgaande aan het boekjaar (begroting 2015 is gebaseerd op het aantal inwoners van 2013).
- Bij het opstellen van de begroting wordt gebruik gemaakt van indexcijfers van het Centraal Planbureau. Van de indexpercentages voor loon en materieel wordt een gemiddelde index berekend op basis waarvan de opbrengsten (inclusief gemeentelijke bijdrage) worden geïndexeerd.
- Voor 2015 hanteert de GGD (m.u.v. de RAV) een index van 2,0% voor materieel en een index van 0% voor personeel. Voor de RAV geldt een index van 1,75% voor zowel materieel als personeel.
- De GGD gebruikt voor de meerjarenraming een standaard index percentage van 1,75%.
- Bij de jaarrekening vindt een herrekening op basis van de daadwerkelijke index plaats. Om te voorkomen dat er grote verschillen bij herrekening ontstaan, wordt bij significante afwijkingen in de index (meer dan € 0,10 per inwoner) de begroting bijgesteld.

## Uitgangspunten t.a.v. de bezuinigingstaakstelling gemeenten

- De financiële taakstelling voor de GGD Zuid Limburg is vastgelegd in het AB-besluit van 6 juli 2011 en omvat een taakstelling van 11% op de gemeentelijke bijdrage (toekomstscenario 2). In 2013 is 7% bezuinigd. Vervolgens wordt dit percentage jaarlijks met 2% verhoogd totdat op 1 januari 2015 het percentage van 11% is bereikt. In 2015 wordt (ten opzichte van de oorspronkelijke begroting 2010) 11% bezuinigd.
- Het feit dat wordt bezuinigd betekent niet dat er geen indexering plaatsvindt. Dit zijn twee verschillende dingen.

## Uitgangspunten t.b.v. regionale ambulancevoorziening

De regionale ambulancevoorziening (= Acute Zorg m.u.v. de GHOR) wordt gefinancierd door de zorgverzekeraars. Uitgangspunt voor de begroting is het budget op basis van de rekenstaat NZA inclusief de taakstellingen die met de zorgverzekeraars zijn overeengekomen.



# Meerjarenraming

	Begroting 2015	Begroting 2016	Begroting 2017	Begroting 2018
<b>Opbrengsten</b>				
Bijdragen gemeenten	12.653.352	12.874.786	13.100.094	13.329.346
Inkomsten uit centrumgemeenten	110.000	112.000	114.000	115.000
Bijdrage Rijk/Provincies	3.463.054	3.520.000	3.581.000	3.643.000
Inkomsten NZA	16.704.152	16.404.152	16.104.152	15.804.152
Overige bijdrage	3.793.040	3.860.000	3.930.000	4.000.000
Vrijval reserve	70.500	-	-	-
Vrijval RAK	900.000	-	-	-
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>37.694.098</b>	<b>36.770.938</b>	<b>36.829.246</b>	<b>36.891.498</b>
<b>Exploitatiekosten</b>				
Personeelskosten	27.586.817	27.169.587	27.645.054	28.128.843
Huisvestingskosten	2.732.290	2.780.000	2.828.000	2.877.000
Beheers- en adm. kosten	3.529.188	3.590.000	3.650.000	3.715.000
Automatisering	1.827.861	1.589.000	1.615.000	1.640.000
Medische middelen	1.456.000	1.480.000	1.485.000	1.490.000
Uitvoering van derden	175.000	178.000	180.000	183.000
Kosten veiligheidsregio	179.000	179.000	179.000	179.000
Kosten verbindingen	154.980	157.000	159.000	161.000
Communicatiemiddelen	33.362	33.500	34.000	34.500
Dotatie reserve	19.600	-	-	-
Taakstelling		- 385.149	- 945.808	- 1.516.845
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>37.694.098</b>	<b>36.770.938</b>	<b>36.829.246</b>	<b>36.891.498</b>
<b>Exploitatiesaldo</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

# Begroting 2015 per afdeling

	Gezondheid en Maatschappelijke Participatie	Jeugd- gezondheidszorg	Wetenschap & Innovatie	Sexuele Gezondheid, Intelectuele en Milieu	Acute zorg	Totaal
<b>Opbrengsten</b>						
Bijdragen gemeenten	2.223.071	4.537.873	1.905.545	3.071.329	915.534	12.653.352
Bijdragen centrumgemeenten	110.000	-	-	-	-	110.000
Bijdrage Rijk/Provincies	-	226.000	-	1.700.000	1.537.054	3.463.054
Inkomsten NZA	-	-	-	-	16.704.152	16.704.152
Overige bijdrage	1.209.500	797.000	100.000	406.540	1.280.000	3.793.040
Vrijval reserve	-	43.500	-	-	27.000	70.500
Vrijval RAK	-	-	-	-	900.000	900.000
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>3.542.571</b>	<b>5.604.373</b>	<b>2.005.545</b>	<b>5.177.869</b>	<b>21.363.740</b>	<b>37.694.098</b>
<b>Exploitatiekosten</b>						
Personeelskosten	2.841.077	4.128.611	1.566.702	3.568.913	15.481.514	27.586.817
Huisvestingskosten	138.762	594.501	100.515	286.838	1.611.674	2.732.290
Beheers- en adm. kosten	281.802	397.929	236.900	316.057	2.296.500	3.529.188
Automatisering	167.968	470.332	101.428	198.061	890.072	1.827.861
Medische middelen	-	13.000	-	793.000	650.000	1.456.000
Uitvoering van derden	85.000	-	-	-	90.000	175.000
Kosten veiligheidsregio	-	-	-	-	179.000	179.000
Kosten verbindingen	-	-	-	-	154.980	154.980
Communicatiemiddelen	8.362	-	-	15.000	10.000	33.362
Dotatie reserve	19.600	-	-	-	-	19.600
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>3.542.571</b>	<b>5.604.373</b>	<b>2.005.545</b>	<b>5.177.869</b>	<b>21.363.740</b>	<b>37.694.098</b>
<b>Exploitatiesaldo</b>						

# De decentralisaties en de rol van de GGD

Gemeenten staan voor een grote opgave: de decentralisaties van de jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen. Daarmee krijgt voor het eerst één partij zeggenschap over vrijwel het hele sociale domein. Gemeenten hebben hierdoor een bepalende rol in het vormgeven aan de maatschappelijke ondersteuning. Het gaat er daarbij om de burger maximaal te faciliteren om zelf de verantwoordelijkheid voor zorg en werk te (kunnen) nemen, waarbij er ondersteuning op maat is voor mensen die het zonder verdere hulp van de overheid niet redden. 'Mee kunnen doen' is een van de belangrijkste voorwaarden om regie te hebben en te houden op het eigen leven. Dat 'je gezond en vitaal voelen' daarbij belangrijk is, spreekt voor zich. Andersom geldt dit ook. Wie mee kan doen, al dan niet met hulp, voelt zich gezonder en blijft langer gezond.

Maar hoe geef je als gemeente uitvoering aan alle taken met de beperkte financiële middelen? En hoe is de rolverdeling tussen de betrokken partijen? Wat doet de gemeente? Wat doet de GGD en wat doen anderen?

## Fundamenteel andere werkwijze

De GGD is vanouds sterk gericht op het verminderen van gezondheidsrisico's (preventie) en het bieden van zorg aan kwetsbare groepen in de samenleving. De wettelijke taken van de GGD sluiten in de kern aan bij de opgaven van de decentralisaties: preventief, dichtbij, versterken van de eigen kracht. De decentralisaties vormen daarmee hét moment om gezondheid te verbinden aan het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie.

Goed beschouwd is het leggen van die verbinding in Zuid-Limburg een paar jaar geleden al in gang gezet, toen de GGD, gemeenten en partnerorganisaties samen een nieuwe benadering van publieke gezondheid ontwikkelden. Dit resulteerde in nieuwe visies op publieke gezondheid, jeugdgezondheid en zelfredzaamheid. Uit deze drie visies blijkt dat de kerntaken van de GGD

geen aanpassing behoeven om effectief bij te dragen aan een sterkere samenleving waarin de nadruk ligt op het voorkomen van (gezondheids) problemen. De werkwijze van de GGD moet daarentegen wel fundamenteel veranderen. Die omslag is volop gaande en zal ook in 2015 nog doorgaan.

## Maak gebruik van het netwerk van de GGD

In het veranderproces van de GGD staan het leggen van verbindingen en zoeken naar samenwerking met partijen die kunnen bijdragen aan een gezonder Zuid-Limburg centraal. Gebruikmaken van elkaars expertise leidt tot betere resultaten.

Het netwerk van de GGD bereidt zich gestaag uit. Vanuit de Infectieziektebestrijding en Acute Zorg zijn er contacten met de ziekenhuizen. De Jeugdgezondheidszorg is bezig de huisartsen te betrekken bij het vroegtijdig opsporen van gezondheidsproblemen bij jeugdigen. Het Vangnet en Gezondheidsbevordering zijn actief in wijken en werken er samen met onder andere de thuiszorgorganisaties en de geestelijke gezondheidszorg.

Het zijn slechts enkele voorbeelden van samenwerking met partners in een steeds fijnmaziger netwerk waardoor de GGD een brugfunctie kan vervullen tussen de gemeenten enerzijds en de eerste en tweede lijn anderzijds. Via de GGD hebben gemeenten hierdoor een natuurlijke verbinding met het veld van zorgpartijen en zorgverzekeraars en een positie ten aanzien van kwetsbare burgers. Het netwerk van de GGD biedt gemeenten de mogelijkheid om het zorgveld te betrekken bij de decentralisaties. Het zal menige gemeente kunnen helpen bij het beantwoorden van de vraag: Hoe krijgen we de integrale aanpak in het sociale domein van de grond? De GGD nodigt gemeenten dan ook uit om optimaal gebruik te maken van het netwerk van de eigen gezondheidsdienst.

## Bijdrage aan de decentralisaties

Behalve met een steeds uitgebreider netwerk draagt de GGD op de volgende manieren bij aan de verbinding tussen gezondheid en het sociale domein. In het licht van de nieuwe visies gaat het dan niet om de afwezigheid van ziekte, maar om de capaciteit van mensen om zelf regie te voeren.

### **Netwerkregisseur**

Het organiseren van netwerken gaat niet vanzelf. Gemeenten geven aan het belangrijk te vinden dat er iemand verantwoordelijk is voor het op gang brengen en houden van beweging in netwerken. Iemand die in een veld met publieke en private spelers in staat is om vanuit het publieke belang regie te voeren op de uitvoering van projecten. Iemand die over de grenzen van de eigen organisatie heen kijkt en slimme verbanden kan leggen tussen diverse beleidsterreinen. Iemand die de rol van aanjager vervult en partijen met verschillende prioriteiten weet te richten op een gezamenlijk doel. De GGD beschikt over medisch inhoudelijke deskundigheid, is onafhankelijk, heeft geen commerciële belangen en levert alleen zelf zorg op terreinen waar geen andere zorgaanbieders zijn. Het maakt de GGD tot een geschikte (zorg)netwerkregisseur. Het project Voor Elkaar in Parkstad is een voorbeeld van een nieuwe manier van samenwerken onder aanvoering van de GGD ([www.samenvoorelkaarparkstad.nl](http://www.samenvoorelkaarparkstad.nl)).

### **Leveren van data en kennis**

Weten hoe het staat met de gezondheidssituatie en sociale kracht tot op het niveau van gemeenten en wijken is een voorwaarde om beleid te maken en te kunnen monitoren.

De GGD verzamelt en analyseert data (jongerenmonitor, volwassenenmonitor), doet onderzoek (Klein maar Fijn: kortdurende onderzoeken waarin vragen van gemeenten centraal staan) en presenteert de hieruit voortkomende informatie helder en overzichtelijk (rVTV, Regionaal Kompas, factsheets). Via de Jeugdgezondheidszorg hebben gemeenten vrijwel alle kinderen en jongeren, en via hen vrijwel alle gezinnen, in beeld. Al deze kennis kan aangewend worden voor het ontwikkelen van gemeentelijke doelstellingen en programma's. Daarmee biedt de GGD als kenniscentrum een sterke basis voor de nieuwe rol van gemeenten. Het wordt onder meer mogelijk om nog gerichtere ondersteuning te bieden: aan de mensen die het 't hardst nodig hebben.

### **Zorg voor kwetsbaren**

Daar waar mensen, al dan niet met behulp van reguliere zorg of het eigen netwerk, niet in staat zijn om zelfstandig te participeren, is een goed vangnet nodig om burgers (en hun omgeving) te beschermen. Speciale aandacht is nodig voor zorgmijders. Via de GGD beschikken gemeenten over (OGGZ-)netwerken waarin kwetsbare burgers worden gevonden en zo effectief mogelijk naar zorg worden geleid.

De GGD heeft de zelfredzaamheid-matrix (ZRM) in gebruik genomen, een instrument waarmee de vraag en de zelfredzaamheid van cliënten in kaart kan worden gebracht (zie pagina 13). Bovendien kan de informatie die via de ZRM wordt verzameld vroegtijdig inzicht geven in de mogelijke factoren die leiden tot kwetsbaarheid. Die informatie is weer belangrijk voor het wijkgericht werken.

## **Wijkgericht werken**

Hoe kunnen mensen actief en gezond blijven zodat ze zelfredzaam zijn en anderen kunnen ondersteunen? In steeds meer gemeenten start een wijkteam of sociaal team. Daarin zoeken de gemeente, zorgverleners en welzijnswerkers samen met wijkbewoners, vrijwilligers en organisaties in de wijk naar praktische oplossingen voor sociaal-medische problemen. Als het nodig is, schakelen ze hulpmiddelen of professionele, specialistische zorg in. De GGD zit ook in deze teams en brengt haar sociaal-medische expertise in. De insteek van de GGD is om niet zozeer aanbod- of vraaggericht te werken, maar om bewoners te stimuleren en faciliteren om zelf activiteiten te organiseren.

In het wijkgericht werken is de groep mensen met problemen die het hoofd net boven water houden zonder professionele hulp een belangrijke: Wat zorgt ervoor dat ze het nu (nog) redden? Wat hebben zij nodig om te voorkomen dat problemen ernstiger worden? Hier is alleen achter te komen door met mensen in gesprek te gaan en dat is precies wat de GGD doet. Op deze manier kan duurdere zorg of begeleiding achterwege blijven. Preventie loont, zowel in termen van gezondheidswinst als sociaal-economisch rendement.

‘Mensen die op meerdere terreinen grote problemen hebben, kun je maar tot op een bepaalde hoogte op hun eigen kracht aanspreken’

## Gezondheid en Maatschappelijke participatie

De afdeling Gezondheid en Maatschappelijke Participatie (GMP) komt op voor mensen in een kwetsbare positie. Zij hebben vaak op meerdere gebieden problemen en vinden het moeilijk om goed voor zichzelf te zorgen. Daardoor kunnen ze vaak ook niet goed meedoen in de samenleving. De doelgroep van GMP is heel divers. Voorbeelden van mensen waar de medewerkers van deze afdeling zich voor inzetten zijn het slachtoffer van partnergeweld en haar kinderen, de oude vrouw die zelden bezoek krijgt en moeilijk de deur uit kan en de dakloze die hulp uit de weg gaat en daardoor steeds dieper in de problemen raakt. Om goede hulp te kunnen bieden aan hen die deze hulp het hardst nodig hebben, werkt de afdeling intensief samen met gemeenten, wijknetwerken, scholen, politie, woningcorporaties en zorg- en welzijnsinstellingen. Samen met hen helpt GMP deze mensen om (weer) de verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid.



**Afdelingshoofd Michel Limpens:**

## ‘Vanaf 2015 rapportages over de mate van zelfredzaamheid van burgers’

‘Als je hulp nodig hebt, kun je dat dan zelf regelen? In een tijd waarin eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid centraal staan, kom je in een moeilijke positie als je deze vraag met nee moet beantwoorden. Met onze wijkgerichte aanpak proberen we buurten te versterken zodat de bewoners zichzelf kunnen redden en zwakkeren in hun omgeving kunnen helpen. Maar mensen die op meerdere terreinen grote problemen hebben, kun je maar tot op een bepaalde hoogte op hun eigen kracht aanspreken. En ook van een buurt kun je niet zomaar verwachten dat die alle problemen van zorgbehoeftige mensen oplost. Een hoogbejaarde buurvrouw willen we best af en toe een helpende hand bieden. Maar het wordt al moeilijker als het om die zonderlinge man gaat die zichzelf en zijn woning zichtbaar verwaarloost en nooit opendoet als je aanbelt. De afdeling Gezondheid en Maatschappelijke Participatie helpt kwetsbare mensen die vaak niet om hulp vragen, maar het keihard nodig hebben om uiteindelijk niet in de goot te belanden. Helaas is dat soms letterlijk.

We ontvangen zo’n vierhonderd nieuwe meldingen per jaar over mensen die het dagelijkse leven door een opeenstapeling van kleine en grote problemen niet meer zelfstandig aan kunnen. Die meldingen komen van de buurt, de politie of de woningbouwvereniging. We verwachten dat dit aantal de komende tijd zal toenemen. Enerzijds door de huidige economische situatie, anderzijds door het gevoerde overheidsbeleid dat uitgaat van de eigen kracht van burgers.

Inzicht in de mate van zelfredzaamheid

Voor een effectieve aanpak is het belangrijk om een goed inzicht te hebben in de ernst en de omvang van de problematiek. Medio 2012 zijn we begon-

nen met een nieuw, eenvoudig en snel hulpmiddel om de mate van zelfredzaamheid van mensen te kunnen beoordelen: de zelfredzaamheid-matrix. Ook andere zorginstellingen in de regio maken er steeds vaker gebruik van. De zelfredzaamheid-matrix (ZRM) heeft elf domeinen waarop volgens vastgelegde criteria de mate van zelfredzaamheid wordt beoordeeld, zoals financiën, dagbesteding, huisvesting, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, sociaal netwerk en justitie. We merken dat de zelfredzaamheid-matrix ons op twee manieren goed kan helpen. Ten eerste om de groep kwetsbaren op een uniforme manier in kaart te brengen. Ten tweede om eenduidige doelen te stellen met alle andere betrokken organisaties. Bijkomend voordeel is dat Zuid-Limburgse hulpverleners door de ZRM steeds meer dezelfde taal spreken, een gedeeld beeld hebben van de cliënt en vaker op één lijn zitten in de beoordeling van de situatie. Door vanaf het begin gezamenlijke uitgangspunten te hanteren, komen we ook tot gerichtere verwijzing van cliënten. Bovendien is de ZRM mogelijk ook bruikbaar bij andere doelgroepen.

GGD als kenniscentrum

Uiteindelijk willen we alle verzamelde cliëntinformatie naast elkaar leggen en komen tot groepsprofielen. Uit elke groep kunnen we de verbindende factor halen die de oorzaak is van de kwetsbaarheid van deze mensen. We maken een inschatting van de benodigde ondersteuning of begeleiding en zetten vervolgens een passende interventie in. Na verloop van tijd doen we een nieuwe meting met de ZRM om het resultaat van de interventie te beoordelen: kan de cliënt beter voor zichzelf zorgen of is het ervaren probleem verminderd? De GGD zal als kenniscentrum een centrale rol vervullen in het ver-

zamelen, analyseren en beschikbaar stellen van informatie over zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Daarnaast hebben we een coördinerende en uitvoerende rol in de begeleiding en ondersteuning van cliënten.

Gemeenten kunnen vanaf 2015 goede rapportages van ons verwachten over de mate van zelfredzaamheid van hun burgers. In ieder geval op gemeentelijk niveau en misschien ook al deels op buurtniveau. Het beeld heerst dat zwakkeren vooral wonen in armere wijken. Maar sociale armoede komt zeker ook voor in welvarende buurten.

Wij vermoeden in grotere mate dan wordt gedacht, omdat het meer verborgen blijft. Mensen lopen er niet mee te koop dat ze moederziel alleen thuis zitten en eigenlijk hulp nodig hebben bij de dagelijkse dingen. Bijvoorbeeld omdat ze zich schamen om hulp te moeten vragen aan vreemden. Dankzij de ZRM zal duidelijk worden of ons vermoeden klopt.'

## Sociaal Medische Advisering

### Ontwikkelingen

- Veel gemeenten in Zuid-Limburg hebben een gekantelde WMO, waarbij gekeken wordt naar de eigen kracht van burgers en hun omgeving in het compenseren van beperkingen. De GGD ondersteunt de gemeenten in het beoordelen van de ernst van de beperkingen van de aanvragers. Dit gebeurt onder andere door wekelijks overleg, waarin de medische kant van alle aanvragen besproken wordt. Eenvoudige aanvragen zijn zo snel af te handelen zonder dat cliënten naar het spreekuur hoeven te komen.
- Om te zorgen dat de mensen met beperkingen zo goed mogelijk kunnen functioneren in de samenleving wordt het steeds belangrijker voor gemeenten en de eerste lijn om samen te werken. In steeds meer gemeenten start een wijkteam of sociaal team, waarbij de gemeente, zorgverleners en welzijnswerkers samen oplossingen zoeken voor mensen met complexe sociaal-medische problematiek. De GGD sluit aan bij deze teams vanuit haar sociaal-medische expertise.
- De functie begeleiding wordt (waarschijnlijk in 2015) van de AWBZ naar de WMO overgeheveld.

### Speerpunten beleid 2015

- De GGD wil een brugfunctie vervullen tussen de gemeente en de eerste lijn. Hiertoe zal de GGD de contacten met de eerste lijn intensiveren en samen met de gemeenten en de eerste lijn deelnemen aan de sociale teams.
- Vanuit haar sociaal-medische expertise zal de GGD gemeenten ondersteunen bij de overheveling van de begeleiding naar de WMO.



# Vangnet Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

## Ontwikkelingen

- Mensen met onvoldoende 'eigen kracht' kunnen zich steeds moeilijker handhaven in de maatschappij. Deze groep zal juist meer ondersteuning van de overheid nodig hebben.
- De geestelijke gezondheidszorg zal vaker buiten de muren van een instelling (bij de cliënt thuis) zorg leveren. Hierdoor zal de druk op de omgeving toenemen.
- Het aantal zorgmijdende mensen zal toenemen, omdat ze niet meer in een instelling worden opgevangen en het moeilijk is hen via ambulante GGZ te blijven behandelen.
- De vraag naar monitoring neemt toe. Sinds 2012 brengt het Vangnet de doelgroep op een eenduidige manier in kaart met de zelfredzaamheid-matrix (ZRM). Enerzijds om de doelgroep van het vangnet beter in beeld te krijgen, anderzijds om de effectiviteit van het Vangnet te kunnen beoordelen.
- De zelfredzaamheid-matrix wordt het screeningsinstrument voor de toegang tot de maatschappelijke opvang. De GGD heeft een medewerker geschoold tot gecertificeerd ZRM-instructeur die deze kennis aan netwerkpartners kan overdragen.
- In 2015 moet de GGZ omgevormd zijn naar basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. De huisarts en praktijkondersteuner gaan de basis GGZ vormen. Ook mensen met een ernstige psychiatrische aandoening die stabiel zijn worden overgedragen aan de basis GGZ. Het is de vraag of de door de zorgverzekeraars toegestane inzet voldoende zal blijken om deze mensen stabiel te houden.
- Punt van zorg blijft de personele capaciteit van het Vangnet. Wachtlijsten zijn niet wenselijk voor deze vorm van zorg.

- Door bezuinigingen door de overheid, de overdracht van de AWBZ naar de Wmo en kostendrukking van GGZ-zorg door verzekeraars komt het budget voor vooral langdurig noodzakelijke en ondersteunende zorg aan GGZ-patiënten onder druk te staan. Samen met de ambulantisering van de zorg zal de last voor de maatschappij mogelijk toenemen.

## Speerpunten beleid 2015

- De GGD zoekt naar een nieuw instrument om cliënten van het Vangnet beter te monitoren en inzicht te krijgen in de best practices van de OGGZ en bemoeizorg.
- Samenwerkingsverbanden worden up to date gehouden om de nieuwe maatschappelijke vraagstukken inzake de OGGZ te kunnen beantwoorden.
- Het gebruik van de ZRM wordt doorontwikkeld om vraag naar en aanbod van zorg in de OGGZ te kunnen afstemmen en monitoren.
- Er wordt een lange termijn visie ontwikkeld voor de aanpak van OGGZ problematiek, zodat ketenpartners hieraan gezamenlijk en duurzaam het hoofd kunnen bieden.

# Forensische Geneeskunde

## Ontwikkelingen

- De nationale politie is een feit. Waarschijnlijk zal de politie de forensische geneeskunde landelijk aanbesteden. Wat dit betekent voor de arrestanten-zorg en andere taken die de GGD voor de politie verricht, is niet duidelijk. De aanbesteding zal ook gevolgen hebben voor de lijkschouw (zoals bedoeld in de Wet op de lijkbezorging) die de forensische geneeskunde voor de gemeente uitvoert. Indien de politietaken zouden wegvallen is met de huidige financiering de lijkschouw mogelijk niet in stand te houden.
- Bij zedendelicten wordt naast opsporing van de dader het verlenen van zorg belangrijker. Slachtoffers zullen zich eerder en vooral vaker melden wanneer er oog is voor hun behoefte aan zorg. Door het doen van zorgvuldig forensisch onderzoek wordt de pakkans voor daders van seksueel geweld groter. Samenwerking tussen de forensische geneeskunde en het Centrum Seksuele Gezondheid van de GGD, de politie Limburg en het openbaar ministerie heeft geleid tot de oprichting van een Centrum Seksueel Geweld. Hier kunnen slachtoffers van seksueel geweld terecht voor hulp. De financiering van dit centrum is een punt van zorg.
- Er is een stijging te zien van lijkschouw na euthanasie. De tijdsdruk voor de forensische artsen neemt hierdoor toe. Nu is het incidenteel niet mogelijk om binnen de medisch- of maatschappelijk aanvaardbare tijdsduur een verrichting uit te voeren. Indien deze stijging doorzet, wordt dat mogelijk een structureel knelpunt. Oplossingen hiervoor kunnen financiële gevolgen hebben.

## Speerpunten beleid 2015

- De vragen aan de forensische geneeskunde van bijvoorbeeld het openbaar ministerie worden complexer. Naast de algemene taken die elke forensisch arts beheerst, is een subspecialisatie wenselijk. Het streven is om in 2015 een aantal artsen op te leiden om een subspecialisatie te kunnen uitvoeren.
- Een letselspreekuur voor kinderen en jeugdigen, direct of indirect gekoppeld aan het Centrum Seksueel Geweld, kan kindermishandeling beter in beeld brengen. Deze mogelijkheid wordt onderzocht.

# Gezondheidsbevordering

## Ontwikkelingen

- Het project Active Living (actief transport, bewegen op school en bewegen in de vrije tijd) voor leerlingen in het basisonderwijs wordt verder geïmplementeerd in het (landelijke) programma Gezonde school voor de scholen in Zuid-Limburg.
- Het wijkgericht werken blijft in ontwikkeling. In elke gemeente wordt dit anders vormgegeven. De verbinding tussen curatie en preventie en een integrale werkwijze in de wijk staan centraal.
- Laaggeletterdheid heeft de aandacht van de GGD.

## Speerpunten beleid 2015

- Samen met de Jeugdgezondheidszorg zal de unit Gezondheidsbevordering de implementatie van de Gezonde school voor zowel het basis- als voortgezet onderwijs uitbreiden. Hierbij wordt expliciet gebruik gemaakt van de positie van de JGZ-verpleegkundige op scholen. De unit Gezondheidsbevordering vormt een backoffice voor de jeugdverpleegkundige en heeft een adviserende en ondersteunende rol.
- De medewerkers van de unit Gezondheidsbevordering hebben een coördinerende en adviserende rol op het vlak van collectieve gezondheidsbevordering binnen de netwerken in de wijk. Voor deze positie van vooruitgeschoven post van de gemeenten is draagvlak bij andere partijen en commitment van de gemeente nodig.
- Uit de individuele signalen van medewerkers van bijvoorbeeld de Jeugdgezondheidszorg, de Sociaal Medische Advisering en het Vangnet zal de unit Gezondheidsbevordering collectieve signalen genereren. Dit is mogelijk door nog meer aansluiting te zoeken bij de andere units/afdelingen van de GGD.

# Huiselijk Geweld

## Ontwikkelingen

- Per 1 januari 2015 is er één Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK).
- De Wet verplichte meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling is per 1 juli 2013 van kracht geworden. De verwachting is dat de meeste organisaties binnen de sectoren welzijn, zorg, onderwijs en justitie de meldcode in 2015 geïmplementeerd hebben en samen met het Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK) met de borging aan de slag zijn.
- De regiovisie Veilig Thuis Zuid-Limburg is gereed en vormt de basis voor een integrale, systeemgerichte aanpak van huiselijk geweld.
- Door de vergrijzing zullen meer ouderen te maken krijgen met huiselijk geweld, veelal als slachtoffer maar mogelijk ook als pleger.

## Speerpunten beleid 2015

Als de gemeenten besluiten het Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling onder te brengen bij de GGD Zuid Limburg zijn de volgende speerpunten te benoemen.

- Borging van de Wet verplichte meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling binnen organisaties voor welzijn, zorg, onderwijs en justitie.
- Implementatie van de regiovisie Veilig Thuis Zuid-Limburg.
- Vormgeven van het Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling.
- Borging van de aanpak van ouderenmishandeling in Zuid-Limburg.

# Begroting Gezondheid en Maatschappelijke Participatie

Staat van Baten en Lasten	Sociaal Medische Adviesorg	Vrijwillig Openbare Maatschappelijke Gezondheidszorg	Forensische Geneeskunde	Buisschouwveld	Gezondheidsbevordering	Inkomst	Totaal
<b>Opbrengsten</b>							
Inkomsten uit bijdragen gemeenten	930.000	500.000	225.000	159.274	408.797	-	2.223.071
Inkomsten uit centrum-gemeenten	-	-	-	110.000	-	-	110.000
Bijdrage Rijk/Provincies	-	-	-	-	-	-	-
Inkomsten NZA	-	-	-	-	-	-	-
Overige bijdrage	-	150.000	500.000	-	151.000	408.500	1.209.500
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>930.000</b>	<b>650.000</b>	<b>725.000</b>	<b>269.274</b>	<b>559.797</b>	<b>408.500</b>	<b>3.542.571</b>
<b>Exploitatiekosten</b>							
Personeelskosten	697.994	446.113	653.719	224.762	429.589	388.900	2.841.077
Huisvestingskosten	35.840	50.827	10.784	8.722	32.589	-	138.762
Beheers- en adm. kosten	68.629	96.920	28.708	24.511	63.034	-	281.802
Automatisering	42.537	56.140	31.789	7.917	29.585	-	167.968
Medische middelen	-	-	-	-	-	-	-
Uitvoering van derden	85.000	-	-	-	-	-	85.000
Kosten verbindingen	-	-	-	-	-	-	-
Communicatiemiddelen	-	-	-	3.362	5.000	-	8.362
Dotatie reserve	-	-	-	-	-	19.600	19.600
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>930.000</b>	<b>650.000</b>	<b>725.000</b>	<b>269.274</b>	<b>559.797</b>	<b>408.500</b>	<b>3.542.571</b>
<b>Exploitatieresultaat</b>							

‘Dankzij onze aanwezigheid op scholen en ons groeiende netwerk kunnen we kinderen vrijwel continu volgen’

## Jeugdgezondheidszorg

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) wil dicht bij het kind en zijn omgeving staan. Ze helpt ouders, leidsters van kinderdagverblijven, leerkrachten en andere professionals om signalen te herkennen dat het mis dreigt te gaan met een kind en is dichtbij om daar snel op te kunnen reageren. De jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen houden zelf een vinger aan de pols doordat ze de kinderen op vaste momenten zien en regelmatig op scholen aanwezig zijn. Door problemen in een vroeg stadium aan te pakken, willen ze voorkomen dat de groei en ontwikkeling van het kind verstoord raken.

Elk kind en gezin de aandacht en zorg geven waar ze behoefte aan hebben, dat is waar de JGZ naartoe wil. Ze kijkt naar wat kinderen nodig hebben om gezond op te groeien en naar wat ouders nodig hebben om hun kind gezond op te voeden. De deskundigheid van de Jeugdgezondheidszorg op lichamelijk, psychisch, sociaal en cognitief gebied en de kennis van hoe het een het ander beïnvloedt, helpt daarbij. De JGZ wil de zorg voor het kind niet overnemen, maar het gezin en de mensen om dat gezin heen sterker maken. Dat doet de JGZ niet alleen, maar samen met een groot aantal partners in de zorg. Samen met hen kan ze goed boven tafel krijgen wat er precies aan de hand is en waar behoefte aan is.



**Afdelingshoofd Lidy van der Goot:**

## ‘Ons netwerk is van grote waarde om jeugd uit de zwaardere zorg te houden’

‘Met de meeste kinderen in Zuid-Limburg gaat het goed. De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft bijna alle kinderen in beeld waardoor we weten of ze gezond opgroeien. Tussen hun 4e en 19e jaar nodigen we de jeugdigen en hun ouders minimaal 3 keer uit voor een gezondheidsonderzoek. Tegenwoordig zien we hen niet meer alleen tijdens die vaste contactmomenten. Dankzij onze aanwezigheid op de scholen en ons groeiende netwerk kunnen we kinderen vrijwel continu volgen en dat heeft een grote meerwaarde. Continue monitoring is een effectieve manier om dreigende problemen en risicovolle situaties vroegtijdig op te sporen. Daardoor kunnen we tijdig helpen bij het zoeken naar oplossingen en voorkomen dat kinderen (ernstige) psychische of lichamelijke problemen krijgen. Dat is in twee opzichten van groot belang. Ten eerste natuurlijk voor het kind zelf en zijn ouders. Ten tweede voor de maatschappij, want het budget waarmee gemeenten hun taken op dit terrein straks door de transitie van de jeugdzorg moeten uitvoeren is beperkt. Dat wringt met het feit dat niemand een kwetsbaar kind de zorg wil ontzeggen die het nodig heeft. De JGZ kan eraan bijdragen dat ook in de nieuwe situatie elk kind de benodigde zorg kan krijgen. Zware en specialistische zorg is vaak duur. Nu gaat het meeste geld naar een klein deel van de jeugd. Naar de groep die veel of zware zorg vraagt. Onze aanpak van het vroegtijdig opsporen van kinderen die risico lopen kan voorkomen dat jeugd in de zwaardere zorg terecht komt. Daarom zijn we zeer actief in het onderhouden en uitbreiden van ons netwerk, want dat is cruciaal. Vroegsignalering zoals wij het noemen, kan de JGZ niet alleen. We hebben de kennis, ervaring, oren en ogen nodig van anderen die dicht bij de jeugd staan. Zo’n onmisbare samenwerkingspartner is de school.

Elke school een eigen jeugdverpleegkundige

Elke school voor voortgezet onderwijs in Zuid-Limburg heeft een eigen jeugdverpleegkundige die daar regelmatig, circa eens in de twee weken, aanwezig is. Dan staat de deur wagenwijd open voor leerlingen, hun ouders en leerkrachten. Ze kunnen met al hun vragen en gezondheidsproblemen terecht. Gezondheidsproblemen vatten we hier breed op, omdat de problemen die leiden tot gezondheidsklachten op allerlei terreinen kunnen liggen. Bijvoorbeeld problemen thuis, pestgedrag, gebruik van alcohol en andere middelen of seksueel geweld. De jeugdverpleegkundige luistert, geeft advies, biedt concrete hulp, haalt indien nodig hulpverleners erbij en leert leerkrachten om signalen van (dreigende) gezondheidsproblemen te herkennen. Ze wordt een bekend gezicht op school en bouwt veel contacten op waardoor ze een goed beeld krijgt van de gezondheidssituatie op een school en van individuele leerlingen. Deze aanpak werkt bijzonder goed. Ook elke basisschool heeft een eigen JGZ-team en voor de buitenschoolse opvang wordt dit ook geregeld.

Integrale benadering

We kijken vanuit een integrale benadering en een biopsychosociale invalshoek (het samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren) naar het kind. Daarbij hebben we ook aandacht voor de interactie tussen het kind en zijn omgeving, waar dit relevant is voor zijn groei, gezondheid en ontwikkeling. Als we over onvoldoende informatie beschikken, leggen we contact met onze ketenpartners. We proberen ook de huisartsen te betrekken in ons netwerk. Een huisarts kent meestal de gezinssituatie van een kind.

Hoe beter we weten wat er met een kind aan de hand is, hoe gericht we hulp kunnen bieden. Daarmee voorkomen we een zoektocht naar de juiste hulpverlener en besparen we geld. In Hoensbroek hebben we de eerste ervaringen met casusoverleg met huisartsen opgedaan en bij het Centrum voor Jeugd en Gezin in Maastricht lopen twee pilots waarin de JGZ en de huisarts meer afstemming met elkaar zoeken. Deze samenwerking helpt ons om de hulpvraag scherp te krijgen, maar ook bij het accepteren van hulp door een kind of gezin als het daar zelf de noodzaak niet van ziet.

Hoe eerder we in geval van signalen door ons netwerk erbij worden gehaald, hoe eerder we kunnen zorgen voor lichte hulp. Daardoor daalt het aantal kinderen en gezinnen dat in de toekomst aanspraak moet maken op zwaardere zorg.'

## Jeugdgezondheidszorg

### Ontwikkelingen

- De jeugdzorg valt vanaf 2015 onder (budgettaire) verantwoordelijkheid van de gemeenten. De ambitie is om kinderen zo vroeg mogelijk, zo licht mogelijke passende hulp te bieden en te voorkomen dat kinderen in onnodige en/of te zware zorg terecht komen. De zorg en hulp voor gezinnen wordt zo dicht mogelijk om hen heen geboden, sluit aan bij hetgeen goed gaat in het opvoeden en opgroeien en is gericht op het versterken van de eigen kracht van ouders en jeugdigen. De jeugdarts kan evenals de huisarts en specialist toeleiden naar hulp.
- De taken van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) zijn beschreven in het basispakket preventie jeugd dat onder de Wet publieke gezondheid valt. Het is van belang om een goede verbinding en samenhang te creëren tussen deze taken en de hulp en zorg die onder de Jeugdwet vallen.
- De belangrijkste bedreigingen voor de ontwikkeling van kinderen zijn psychosociale problemen, overgewicht, middelengebruik, kindermishandeling en chronische ziekten.

### Speerpunten beleid 2015

- De JGZ zet haar biopsychosociale deskundigheid zo vroeg mogelijk in om te zorgen dat kinderen en gezinnen snel passende hulp krijgen. Daarmee wordt in veel gevallen de inzet van zwaardere zorg voorkomen.
- De JGZ maakt jeugdigen/ouders mede-eigenaar van het kinddossier om het nemen van de eigen verantwoordelijkheid te stimuleren. Waar nodig is het aan de professional om de eigen verantwoordelijkheid te helpen ontwikkelen of over te nemen. De JGZ stemt deze aanpak af op de werkwijze van ketenpartners om een eenduidige, doorgaande lijn te realiseren.
- De JGZ-professional zorgt ervoor dat ouders, opvoeders, leerkrachten en andere professionals bij vragen over opvoeden en opgroeien (weer) voldoende bagage krijgen om opvoed- en ontwikkelproblemen vroegtijdig te herkennen en aan te pakken. Daardoor blijven kleine problemen ook klein (ontzorgen en normaliseren). Daarnaast helpt de JGZ met haar kennis van de sociale kaart en informele netwerken bij het vinden van de juiste hulp.
- De jeugdarts en huisarts werken complementair aan elkaar, zodat de kennis van de jeugdarts over het kind en het gezin aan die van de huisarts gekoppeld wordt.
- De JGZ-professional is dáár waar de jeugd zich bevindt: bij voorschoolse voorzieningen, op school, in de wijk en, indien nodig, achter de voordeur. Zo vangt de JGZ-professional niet alleen van ouders en (pedagogische) professionals, maar ook van de jeugd zelf de eerste risicosignalen op. Zij is dichtbij om op deze signalen te reageren en actie te ondernemen.
- Behalve risico's op individueel niveau, signaleert de JGZ ook risico's op collectief niveau. Gemeenten ontvangen deze informatie over bepaalde groepen jeugdigen of buurten, zodra deze patronen zichtbaar worden.
- Wetenschappelijk onderzoek draagt bij aan de ontwikkeling van kennis, zodat risico's nog beter te voorspellen zijn en problemen eerder of met betere middelen kunnen worden voorkomen. De JGZ richt zich hierbij op de belangrijkste bedreigingen voor de ontwikkeling van kinderen: psychosociale problematiek, overgewicht, kindermishandeling, middelengebruik, chronische ziekten.

- De professionals in de JGZ-organisaties voor 0-4 jarigen en 4-19 jarigen hebben toegang tot elkaars dossiers. Daardoor is er meer inzicht in de gezinssituatie en relevante signalen of problemen zijn bij beide JGZ-organisaties bekend. Waar nodig wordt deze dossierinformatie aangevuld met een warme overdracht. Dit maakt het volgen van een kind nog beter mogelijk.
- De JGZ stelt haar professionals in staat om zich buiten de grenzen van de organisatie te begeven om maatwerk te kunnen bieden. De samenwerking binnen de keten is zodanig doorontwikkeld, dat structurele netwerkoeverleggen zijn vervangen door overleg-op-maat. Daarbij is de hulp/zorg voor het kind leidend bij het opstarten van een overleg. Ouders en jongeren zijn aanwezig bij elk gesprek.
- De geleverde zorg vanuit de keten wordt niet gefragmenteerd, maar in samenhang als een arrangement aangeboden. Uitgangspunt is 1-gezin-1-plan, dat door alle betrokken ketenpartners wordt gedragen.
- De JGZ-professional anticipeert op nieuwe ontwikkelingen, weet wat in de wijk, op school en in de gemeente speelt en vertaalt dit naar diensten en producten. De jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en (dokters)assistenten werken in wijkteams en teams verbonden aan een school, veelal gekoppeld aan andere netwerken, zoals sociale wijkteams en CJG's.
- De JGZ doet onderzoek naar de gezondheidsproblematiek bij de jeugd, in de wijk/buurt en de school en legt verbindingen met gegevens van ketenpartners en gemeenten over de jeugd vanuit andere invalshoeken. De benodigde beleidsgegevens uit de integrale dossiers van de JGZ zijn met de gemeenten afgestemd en gegevens uit het digitaal dossier JGZ en de jongerenmonitor worden op school- en wijkniveau geanalyseerd. Met deze kennis adviseert de JGZ gemeenten, scholen en andere partners. Daarnaast gebruikt de JGZ deze informatie om waar nodig accenten te leggen in het werk en om aan te sluiten op de problematiek in een school, wijk of gemeente.



# Begroting Jeugdgezondheidszorg

Staat van Baten en Lasten	Basiszorg	Risicozorg	CGJ-arrangement	Inhoudtoes	Totaal
<b>Opbrengsten</b>					
Inkomsten uit bijdragen gemeenten	1.679.013	1.315.983	1.542.877	-	4.537.873
Inkomsten uit centrumgemeenten	-	-	-	-	-
Bijdrage Rijk/Provincies	226.000	-	-	-	226.000
Inkomsten NZA	-	-	-	-	-
Overige bijdrage	443.000	-	-	354.000	797.000
Vrijval reserve	-	-	-	43.500	43.500
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>2.348.013</b>	<b>1.315.983</b>	<b>1.542.877</b>	<b>397.500</b>	<b>5.604.373</b>
<b>Exploitatiekosten</b>					
Personeelskosten	1.649.009	945.229	1.136.873	397.500	4.128.611
Huisvestingskosten	198.167	198.167	198.167	-	594.501
Beheers-en adm.kosten	141.393	122.643	133.893	-	397.929
Automatisering	353.444	47.444	69.444	-	470.332
Medische middelen	6.000	2.500	4.500	-	13.000
Uitvoering van derden	-	-	-	-	-
Kosten verbindingen	-	-	-	-	-
Communicatiemiddelen	-	-	-	-	-
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>2.348.013</b>	<b>1.315.983</b>	<b>1.542.877</b>	<b>397.500</b>	<b>5.604.373</b>
<b>Exploitatiesaldo</b>					

‘Het besef begint te groeien dat financieren van preventie meestal veel goedkoper is dan meebetalen aan zorg als mensen eenmaal (chronisch) ziek zijn’

## Kennis & Innovatie

De afdeling Kennis & Innovatie helpt de Zuid-Limburgse gemeenten met het werken aan gezondheid. Dat doet ze op twee manieren: ze voorziet de gemeenten van informatie en adviseert bij het maken van beleid. Elke vier jaar nemen de epidemiologen van K&I gezondheidsenquêtes af onder de jongeren, volwassenen en ouderen in Zuid-Limburg. Deze enquêtes leveren enorm veel informatie op over onder andere overgewicht, roken en alcoholgebruik, maar bijvoorbeeld ook over het gebruik van zorg, depressie en eenzaamheid. Door deze gegevens te combineren met kennis die de afdeling op andere manieren vergaart, kan ze een goed beeld geven van de gezondheid en het welzijn van de inwoners van een gemeente. Dat kan ze zelfs op wijkniveau. Daarmee ondersteunt ze de gemeenten om maatregelen te nemen die wijkbewoners helpen om gezond te leven.

De gemeenten krijgen steeds meer wettelijke taken op het gebied van gezondheid, zorg en wonen en moeten ook nog eens fors bezuinigen. De adviseurs van K&I helpen hen bij deze lastige opgave, die vraagt om een nieuwe kijk op zorg en gezondheid. Een brede kijk waarin de burger centraal staat, omdat gezondheid bijvoorbeeld ook te maken heeft met de omgeving waarin iemand woont: voelt hij zich daar prettig? Zijn er veilige fietspaden, zodat hij er vaker voor kiest om de auto te laten staan?



**Afdelingshoofd Raymond Stijns:**

## ‘Geen vluchtige succesjes, maar langdurige gezondheidswinst’

‘Er zijn tegenwoordig kinderen die geen koprool kunnen maken. Het zegt iets over hun motorische ontwikkeling. Die blijft achter en dat is niet goed. Bij een gezonde start in het leven hoort ook het spelenderwijs ontdekken dat bewegen leuk is. Daar hebben kinderen alleen maar voordeel van. Nu, maar vooral ook op latere leeftijd. We willen allemaal zo lang mogelijk vitaal en zelfstandig blijven en dat is ook wat de participatiemaatschappij vraagt. Maar niet elk gezin heeft tijd en geld voor sportclubjes. En vanuit de overheid zijn slechts beperkte middelen beschikbaar voor echte gymlessen op school.

Kinderen uitnodigen om te bewegen

De afdeling Kennis & Innovatie is op zoek gegaan naar een manier om gemeenten, basisscholen en ouders te helpen om kinderen toch meer te laten bewegen. Eind 2012 is op tien basisscholen in zes Zuid-Limburgse gemeenten Active Living van start gegaan, een project van de GGD en de Universiteit Maastricht. Bijzonder aan Active Living is dat de school(omgeving) zo wordt ingericht dat kinderen worden uitgenodigd om in beweging te komen. Er zijn inmiddels tal van aanstekelijke initiatieven bedacht en uitgevoerd door werkgroepen van leerkrachten, ouders, wijkbewoners en gemeentefunctionarissen. Zoals het aanpakken van verkeersknelpunten voor veilige schoolroutes, acties om het lopen en fietsen naar school te stimuleren en het omvormen van het schoolplein tot een beweegplein waar kinderen kunnen klimmen, springen, glijden, balanceren, rennen en ravotten.

Verbinding tussen praktijk, beleid en onderzoek

De GGD helpt op diverse manieren om invulling te geven aan een beweegvriendelijke omgeving, onder andere door Active Living. We doen ideeën aan de hand en ondersteunen de uitvoering, bijvoorbeeld door te helpen bij het aanvragen van subsidie. De afdeling Kennis & Innovatie staat hiermee midden in de praktijk. Tegelijkertijd vormen we de verbindende schakel naar beleid en onderzoek. In dit geval hebben we contact gelegd met de Universiteit Maastricht die onderzoekt of kinderen daadwerkelijk meer gaan bewegen. Daarnaast helpen we scholen en gemeenten met de beleidsmatige kant. Want hoe bereidwillig de deelnemende partijen ook zijn, als een project niet wordt bestendigd in een integraal (school)gezondheidsbeleid, is de geboekte winst niet duurzaam. Zonde van de tijd en het geld. Wij kijken verder dan het introduceren van allerlei gezondheidsprogramma's. Neem alleen het aantal programma's tegen overgewicht. Scholen worden ermee overspoeld en zien door de bomen het bos niet meer. De GGD weet welke interventies goed zijn en kijkt daarbij nadrukkelijk ook naar de omgeving. Hoe kunnen interventies in een bepaalde omgeving worden gerealiseerd? Zo lijkt een gezonde schoolkantine altijd een prima idee. Maar is het mogelijk om het beoogde doel te bereiken als leerlingen in de pauze bij de tegenoverliggende snackbar een vette hap kunnen halen? De GGD betreft de omgeving en zoekt samenwerking vanuit een breder kader. Zij doet dat ook met andere beleidsterreinen, want gezond kunnen leven hangt ook samen met onder meer ruimtelijke ordening, verkeer en sport.

## Preventie is goedkoper

Na een voorzichtige start is het enthousiasme over Active Living groot. Er zijn gemeenten die het wel op elke school zouden willen! Het project loopt tot eind 2014. Als GGD zouden we het graag een structureel vervolg geven en willen uitbreiden naar het voortgezet onderwijs. Ook brengen activiteiten als Active Living ideeën boven tafel voor een 'dagschoolprincipe' waarbij leerlingen de hele dag op school terecht kunnen voor onderwijs, sport, cultuur en gezonde maaltijden. Daarbij zijn we afhankelijk van de inzet van samenwerkingspartners die kansen zien en willen investeren in een gezonde jeugd. Heel langzaam begint het besef te groeien dat financieren van preventie meestal veel goedkoper is dan meebetalen aan zorg als mensen eenmaal (chronisch) ziek zijn.

## Focus op vragen rondom decentralisaties

Nu is het schoolgezondheidsbeleid specifiek gericht op het speerpunt jeugd, maar de afdeling Kennis & Innovatie heeft voor de komende jaren nog drie andere speerpunten benoemd: vitaliteit & participatie, sociale veiligheid, en integrale wijkzorg. In 2015 zal de focus liggen op deze vier speerpunten en dan vooral in relatie tot de decentralisaties. Samen met gemeenten pakken we dat op, gericht op de praktijk van alledag. Dat doen we door het stellen en beantwoorden van de juiste beleids- en onderzoeksvragen. Daarop volgt een vertaling naar beleid (meerjarige kadernota) en acties (uitvoeringsprogramma's). De afdeling Kennis & Innovatie helpt de vele verschillende partijen in de publieke gezondheid en de zorg om te kunnen inspelen op de nieuwe vragen en de behoefte aan lokale samenwerking tussen de gemeente, eerstelijnszorg en preventie.'

# Publieke Gezondheid

## Ontwikkelingen

De ontwikkelingen op het vlak van Publieke Gezondheid staan nadrukkelijk in relatie met de decentralisaties.

- Voor nieuw (gezondheids)beleid binnen het sociale domein is geïntegreerde informatie en kennis noodzakelijk vanuit verschillende beleidsterreinen en kennisbronnen. Voor het vervullen van de regierol is het voor gemeenten van belang om breed geïnformeerd te worden.
- Kant en klare oplossingen voor de nieuwe gemeentelijke taakstellingen zijn er nog niet. Elke gemeente voelt de druk om zelf beleid te ontwikkelen. Of die nieuwe beleidslijnen daadwerkelijk het gewenste effect zullen hebben is niet zeker. Bundeling van kennis en ervaringen is in dit kader essentieel.
- De volgende dilemma's kunnen zich voordoen:
  - Enerzijds is er de gemeentelijke beleidsvrijheid ten aanzien van een efficiënte uitvoering, synergie, maatwerk en experimenten en anderzijds bestaat het risico op significante verschillen tussen gemeenten in niveau en kwaliteit van het voorzieningenaanbod.
  - Enerzijds zijn er financiële prikkels voor gemeenten om kosten te drukken en anderzijds loert het gevaar van risicoselectie (gemakkelijke gevallen krijgen voorrang boven moeilijke gevallen), het risico van sociale uitsluiting en een toename van de sociaal economische gezondheidsverschillen.
  - Enerzijds is er sprake van een concentratie van uitvoeringstaken bij één bestuurslaag om synergie-effecten te realiseren en anderzijds kan de optimale uitvoeringsschaal per taakstelling verschillen. Zeer specifieke vormen van zorg kunnen soms beter bovenregionaal of zelfs op nationale schaal georganiseerd worden. Dit vergt samenwerking tussen gemeenten en in enkele gevallen bovenregionale samenwerking.

## Speerpunten beleid 2015

- Versterking van het regionale data- en kenniscentrum, met aandacht voor:
  - Ontwikkeling en toepassing van de wijkscan; een aanbod van geïntegreerde beleidsinformatie op relevante schaal: gemeente, buurt, wijk.
  - De doorontwikkeling van de regionale volksgezondheid toekomstverkenning (rVTV) naar een toegankelijke digitale omgeving met actuele gezondheidsinformatie op lokaal en regionaal niveau.
  - Uitvoering van Klein Maar Fijn onderzoeksprojecten gericht op de praktijk van gemeenten over bijvoorbeeld de gevolgen van de AWBZ/WMO of de risicozorg.
  - Uitvoering van de landelijke Jeugdmonitor (vragenlijsten onder jongeren in 2e en 4e klas van het voortgezet onderwijs) en beheer en ontwikkeling van de Provinciale Jeugdmonitor Limburg (digitale database jeugdsector).
  - Beheer en toegang van het regionale (lokale) portaal van de Zelfredzaamheid-matrix (ZRM) en periodieke rapportage en advisering.
  - Onderzoek naar, advies over en begeleiding bij het principe van de populatiebeplooiing.
- Ondersteuning van gemeenten bij de uitwerking van de regionale kadernota 'gemeentelijk gezondheidsbeleid 2016-2019'.
- Advisering en ondersteuning bij onder meer de sociale wijkteams, de doorontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin en de ontwikkeling van de preventiemogelijkheden binnen het sociale domein.

# Begroting Kennis & Innovatie

Staat van Bijz. en Laste	Data en informatie- management	Onderzoek	Beleer en consultancy	Inj. (denktoel)	Totaal
Opbrengsten					
Inkomsten uit bijdragen gemeenten	381.109	762.218	762.218	-	1.905.545
Inkomsten uit centrumgemeenten	-	-	-	-	-
Bijdrage Rijk/Provincies	-	-	-	-	-
Inkomsten NZA	-	-	-	-	-
Overige bijdrage	-	-	-	100.000	100.000
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>381.109</b>	<b>762.218</b>	<b>762.218</b>	<b>100.000</b>	<b>2.005.545</b>
Exploitatiekosten					
Personeelskosten	302.940	588.514	575.248	100.000	1.566.702
Huisvestingskosten	20.103	46.524	33.888	-	100.515
Beheers- en adm. kosten	37.780	80.234	118.886	-	236.900
Automatisering	20.286	46.946	34.196	-	101.428
Medische middelen	-	-	-	-	-
Uitvoering van derden	-	-	-	-	-
Kosten verbindingen	-	-	-	-	-
Communicatiemiddelen	-	-	-	-	-
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>381.109</b>	<b>762.218</b>	<b>762.218</b>	<b>100.000</b>	<b>2.005.545</b>
Exploitatiesald					

‘Met één telefoontje naar de GGD ligt deskundige hulp voor gemeenten binnen handbereik’

## Seksuele Gezondheid, Infectieziekten en Milieu

Het werkveld van de afdeling Seksuele Gezondheid, Infectieziekten en Milieu (SIM) is heel divers. De sociaal verpleegkundigen van de unit Seksuele Gezondheid zien jaarlijks duizenden jongeren die zich willen laten testen op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) of die vragen hebben over seksualiteit. Ze gaan ook naar groepen toe die meer dan anderen risico lopen op een soa om voorlichting te geven en te testen.

De inspecteurs van de unit Hygiëne en Inspectie bezoeken naast kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en gastouders, ook schoonheidssalons, tattoo- en piercingstudio's en seksinrichtingen. Ze kijken niet alleen naar hygiëne, maar ook naar de veiligheid van ruimtes en materialen en naar de manier waarop de leidsters met de kinderen omgaan. Voor een groot aantal infectieziekten (waaronder tuberculose, Q-koorts, hepatitis A en legionella) bestaat een meldingsplicht, zodat de bron van besmetting kan worden achterhaald en de GGD maatregelen kan nemen. Ook moeten meerdere gevallen van een infectieziekte binnen een instelling worden gemeld zodat de unit Infectieziektebestrijding adviezen kan geven om verdere verspreiding tegen te gaan. De unit Medische Milieukunde probeert te voorkomen dat mensen ziek worden door invloeden van de omgeving. De unit adviseert bijvoorbeeld gemeenten en provincie bij milieu-incidenten en bouwplannen.



**Afdelingshoofd Christian Hoebe:**

## ‘We zijn er als het nodig is’

‘Bij infectieziekten moet je soms snel handelen om te voorkomen dat iemand ernstig ziek wordt en ondertussen misschien ook nog andere mensen besmet. De unit Infectieziektebestrijding is voor zorgprofessionals 24 uur per dag telefonisch bereikbaar voor advies en overleg en als het nodig is, komen de artsen en verpleegkundigen onmiddellijk in actie. Dankzij die continue paraatheid kunnen we mensenlevens redden. Een voorbeeld van een acute situatie is rabiës, beter bekend als hondsdolheid. Het kan kort of lang duren, maar mocht de hondsdolheidsinfectie eenmaal je zenuwstelsel bereiken, dan volgt zonder maatregelen altijd de dood. In Nederland komen besmette vleermuizen voor, maar bijna altijd lopen mensen een potentieel besmette beet van een zoogdier op in het buitenland, bijvoorbeeld als ze op vakantie dat leuke aapje aanhalen. Het beest blijkt toch niet zo’n lieverdje en gebruikt onverwacht z’n tanden. Als je ter plekke niet de juiste hulp kunt krijgen, is het van levensbelang om bij thuiskomst zo snel mogelijk de behandeling met antistoffen te starten en/of een vaccinatie te halen. In dergelijke gevallen staat de GGD direct klaar voor de patiënt. Al is het midden in de nacht, als het nodig is laten we per motorkoerier het vaccin naar Zuid-Limburg komen. Het vaccin kost honderden euro’s, dus dat hebben we niet op voorraad. Dit voorbeeld maakt meteen duidelijk waarom preventie zo’n belangrijk onderdeel van ons werk is. Je voorkomt er ziektes én (hoge) kosten mee. In 2013 hebben we zeker 20 gevallen van buitenlandse dierenbeten gehad en dat aantal neemt de laatste jaren eerder toe dan af.

Dichter bij huis, in onze eigen regio, gaat er geen week voorbij of er duikt een infectieziekte op. Denk aan gevallen van legionellalongontsteking (veteranenziekte), kinkhoest, meningokokkenziekte, scabiës (schurft) en besmettingen met de MRSA-bacterie. Helaas blijkt het norovirus een trouwe

bezoeker van verpleeghuizen en kinderdagverblijven; juist de plekken waar de meest kwetsbaren onder ons verblijven.

Van infectieziekten is nooit bekend wanneer ze de kop opsteken. Zo hadden we in 2013 een aantal gevallen van hepatitis A op een basisschool waar we door vaccinatie van de klas verdere verspreiding konden tegengaan. Iets dat niet elk jaar voorkomt.

### Deskundigheid bij milieu-incidenten

Ook onze deskundigen van de unit Medische Milieukunde zijn altijd beschikbaar om advies te geven. In Zuid-Limburg doen zich elk jaar vele kleine en grote milieu-incidenten voor. Een voorbeeld is asbest. Als dat woord valt, maken veel burgers zich direct grote zorgen over hun gezondheid, zo merken wij. Vaak is dat niet nodig, maar door een gebrek aan feitelijke informatie krijgen onrustgevoelens de overhand en kan er zelfs een roep om buitenproportionele maatregelen ontstaan. Gemeenten die te maken krijgen met asbest zoeken naar antwoorden op vragen als: Is er acuut gevaar voor de gezondheid? Moeten we dit gebouw per direct sluiten? Op de juiste manier reageren is ontzettend belangrijk en kan een hoop onrust, veel werk en onnodige kosten voorkomen. Met een telefoontje naar de GGD ligt deskundige hulp op het gebied van ‘milieu en gezondheid’ voor gemeenten binnen handbereik, óók buiten kantooruren en bij crises (in die situaties via de meldkamer).



## Maatschappelijke impact seksueel grensoverschrijdend gedrag

Seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld komen helaas veel voor. De impact is groot, zowel voor individuen als voor de maatschappij. Slachtoffers durven vaak geen hulp te zoeken en er niet over te praten, terwijl tijdige hulp het risico op langdurige medische en psychische problemen verkleint. Bovendien vergroot snelle hulp de kans om daders op te sporen. Ons nieuwe Centrum Seksueel Geweld is laagdrempelig en biedt snel deskundige hulp aan slachtoffers. Ze kunnen voor alle zorg dag en nacht bij ons terecht waarbij ze niet te maken krijgen met een reeks aan hulpverleners. De GGD is daarbij de spil in het netwerk van betrokken partners die er allemaal op hun eigen manier zijn voor de cliënt. Doordat we deze opvang in Limburg nu zo goed geregeld hebben, kunnen we (ernstige) gezondheidsproblemen door seksueel geweld op langere termijn voorkomen. Daarnaast verbeteren we de seksuele voorlichting op scholen, zodat kinderen en jongeren leren grenzen aan te geven en te respecteren. Zo kunnen we grensoverschrijdend gedrag voorkomen.

Zedenzaken en andere incidenten met seksueel grensoverschrijdend gedrag veroorzaken vaak grote maatschappelijke onrust. Zeker als er kinderen bij betrokken zijn. Dat maakt de gevolgen voor individuen alleen maar ernstiger en langduriger. Enerzijds wordt grensoverschrijdend gedrag vaak lang in de doofpot gestopt waardoor de onrust en impact uiteindelijk alleen maar toenemen. Anderzijds zien bezorgde ouders en burgers door gebrek aan kennis normaal gedrag soms als grensoverschrijdend. Dat leidt tot onrust die zeer schadelijk is voor de betrokken. Een vroegtijdige, snelle en deskundige aanpak en regie kan dit voorkomen. We ondersteunen scholen en andere organisaties om tot deze deskundige aanpak te komen. Deze hulp wordt vaak zeer gewaardeerd.'

## 24-uurs infectieziektebestrijding

### Ontwikkelingen

- Door toename van het internationale verkeer van mensen en goederen verspreiden infectieziekten zich steeds sneller.
- Resistente bacteriën komen vaker voor waardoor reguliere behandelingen of vaccinaties niet meer afdoende werken. 'Oude' infectieziekten zoals bof en kinkhoest steken daardoor vaker de kop op.
- Er zijn steeds vaker uitbraken van infectieziekten die kunnen worden overgedragen van dieren op mensen. Denk aan Q-koorts en vogelgriep.
- De invloed en betrokkenheid van de landelijke overheid neemt via regelingen en richtlijnen toe.
- Bovenstaande ontwikkelingen vragen steeds nadrukkelijker om de kennis en kunde van de GGD als toonaangevend regionaal expertisecentrum.

### Speerpunten beleid 2015

- De GGD wil systemen voor de internationale uitwisseling van gegevens, zoals HP-Zone en een Crossborder Dashboard breder inzetten.
- Vanwege de centrale rol van de GGD in de regionale infectieziektebestrijding blijft communicatie met ketenpartners, waaronder gemeenten, cruciaal.
- Open communicatie en goede informatieverstrekking naar de burger blijft belangrijk om onnodige maatschappelijke onrust te voorkomen.
- De versterking van de relatie tussen beleid, onderzoek en praktijk blijft een speerpunt. Wetenschappelijk onderzoek en innovatie dragen bij aan de hoge kwaliteit van de infectieziektebestrijding in Zuid-Limburg.
- Extra aandacht wordt besteed aan ouderen, omdat deze groep in omvang toeneemt en kwetsbaarder is voor bepaalde infectieziekten. De GGD gaat onder meer intensiever samenwerken met verpleeg- en zorginstellingen.

- Een andere kwetsbare groep zijn de allerjongsten. De GGD zal het contact met kindercentra versterken en zich inzetten voor verbetering van de meldingsbereidheid door kindercentra.
- De samenwerking met GGD'en in Zuid-Nederland wordt versterkt, onder meer door het ontwikkelen en implementeren van een regionaal dashboard voor Zuid-Nederland.

## Seksuele Gezondheid

### Ontwikkelingen

- Het aantal opgespoorde seksueel overdraagbare aandoeningen blijft stijgen.
- De grotere seksuele ongezondheid in Zuid-Limburg ten opzichte van de rest van Nederland vraagt om meer aandacht voor dit onderwerp. Met name het aantal jongeren dat aangeeft te maken hebben gehad met seksueel geweld is zorgelijk.
- Zorgverleners raadplegen en verwijzen steeds vaker naar het Centrum voor Seksuele Gezondheid Limburg dat de GGD sinds 2008 organiseert in opdracht van de Rijksoverheid. De behoefte aan deze expertise neemt toe.
- Seksuele gezondheid en seksuele diversiteit zijn opgenomen in de kern-doelen van het onderwijs; scholen moeten hier aandacht aan besteden, maar doen dat nog te weinig.
- Seksueel grensoverschrijdend gedrag komt regelmatig voor, maar op scholen wordt ook normaal gedrag vaak gezien als grensoverschrijdend. Dat kan tot grote onrust leiden bij ouders en leerkrachten. Vaak wordt de GGD of andere hulp niet of in een laat stadium betrokken, waardoor onnodige maatschappelijke onrust ontstaat en dat kan zelfs leiden tot schade bij betrokkenen.

### Speerpunten beleid 2015

- Het Centrum voor Seksuele Gezondheid Limburg is een kenniscentrum waar iedereen, zowel cliënten als zorgverleners, terecht kan voor een compleet aanbod van (preventieve) seksuele gezondheidszorg. Het centrum heeft ook een grote curatief-preventieve poli voor individuele zorg. Om deze zorg te laten voldoen aan de kwaliteitseisen en wetgeving wordt een nieuw elektronisch patiëntendossier seksuele gezondheidszorg geïmplementeerd.
- Samen met de politie en forensische zorg verbetert de unit Seksuele Gezondheid de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld. Het recent gestarte Centrum Seksueel Geweld, dat samen met diverse ketenpartners in de regio zorg biedt aan slachtoffers van seksueel geweld, wordt verder geïmplementeerd en na een pilotfase geëvalueerd.
- Vanuit de landelijke overheid worden de curatieve taken op het gebied van seksuele gezondheid geregeld. De gemeente heeft een taak in de (primaire) preventie en voorlichting. Sinds 2014 traint de GGD docenten van zowel het basis als voortgezet onderwijs in het bespreken van seksuele gezondheid en het geven van seksuele voorlichting.
- Om enerzijds onnodige onrust en anderzijds daadwerkelijk grensoverschrijdend gedrag te voorkomen of vroegtijdig aan te pakken gaat de GGD beleid en een draaiboek seksueel grensoverschrijdend gedrag voor scholen ontwikkelen en implementeren.

# Tuberculosezorg

## Ontwikkelingen

- Het aantal tuberculosepatiënten daalt licht en daarmee ook het aantal tuberculoseverrichtingen.
- Tuberculosezorg wordt meer en meer in acht bovenregionale expertisecentra georganiseerd. De GGD Zuid Limburg maakt deel uit van de regio Zuid-Oost Nederland (ZONZee).

## Speerpunten beleid 2015

- Uitbreiding en verbetering van de bovenregionale samenwerking in ZONZee.
- Om resistente tuberculose te voorkomen gaat de GGD een wereldwijd gebruikte methodiek van intensieve supervisie op therapietrouw zo consequent mogelijk toepassen.

# Hygiëne en Inspectie

## Ontwikkelingen

- De Rijksoverheid verandert regelmatig de wet- en regelgeving op het gebied van de kwaliteit van de kinderopvang en peuterspeelzalen. Dit heeft gevolgen voor de regionale uitvoering.
- Inspecteurs zien steeds vaker dat de manier waarop pedagogisch medewerkers met de kinderen omgaan te wensen overlaat. Ook signaleren ze soms mogelijke kindermishandeling en zedendelicten.
- Behalve in de kinderopvang, tattoo- en piercingstudio's en seksinrichtingen, doen zich ook hygiëneproblemen voor bij andere collectieve voorzieningen, zoals dak- en thuislozenopvang en zorgboerderijen.
- Door de ontgroening, de crisis en de maatregelen van het kabinet zal het aantal kindercentra en peuterspeelzalen in Zuid-Limburg afnemen en daarmee het aantal inspecties.

## Speerpunten beleid 2015

- De GGD wil de goede kwaliteit van de inspecties handhaven en waar mogelijk verder verbeteren.
- In samenspraak met de gemeenten wil de GGD de mogelijkheden van controle van nieuwe risico-locaties bekijken.

# Medische Milieukunde

## Ontwikkelingen

- De verscheidenheid aan onderwerpen waar medische milieukunde mee te maken heeft, neemt toe. Ook de complexiteit van de problematiek en de maatschappelijke impact nemen toe.
- Er is zowel landelijk als regionaal toenemende aandacht voor geluid en de advisering bij incidenten is duidelijk toegenomen. Ook vragen over binnenmilieu blijven binnenkomen.
- Geluid is de belangrijkste bron van hinder in de leefomgeving en daarmee een belangrijke milieufactor als het gaat om de invloed op de gezondheid. Naar verwachting wordt dit onderwerp de komende jaren steeds belangrijker.

## Speerpunten beleid 2015

- De kwaliteit en kwantiteit van de medische milieukundige expertise binnen de GGD moeten op peil blijven om aan de vraag van onder meer de gemeenten te kunnen voldoen, zowel in reguliere situaties als bij (dreigende) crises.
- Met de gemeenten en de Provincie gaat de GGD de mogelijkheden voor intensievere samenwerking onderzoeken, zodat een gezond binnenmilieu en omgevingsfactoren in de ontwerpfase van scholen, woningen e.d. worden meegenomen.
- De GGD blijft de vier landelijke speerpunten op medisch milieukundig gebied volgen: gezondheidsrisico's in de directe leefomgeving, alert blijven op bestaande en nieuwe risico's, binnenmilieu en rampen & incidenten.

# Begroting Seksuele Gezondheid, Infectieziekten en Milieu

Soort van Bijdragen/Inkomsten	24 uur infectieziektenbudget	Algemeen financieel	Tuberculobegroting	Hygiëne en infectie	Medische Milieukosten	incidentieel	Totaal
<b>Opbrengsten</b>							
Inkomsten uit bijdragen gemeenten	910.000	600.000	600.000	600.000	361.329	-	3.071.329
Inkomsten uit centrumgemeenten	-	-	-	-	-	-	-
Bijdrage Rijk/Provincies	-	1.700.000	-	-	-	-	1.700.000
Inkomsten NZA	-	-	-	-	-	-	-
Overige bijdrage	-	50.000	10.000	-	175.000	171.540	406.540
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>910.000</b>	<b>2.350.000</b>	<b>610.000</b>	<b>600.000</b>	<b>536.329</b>	<b>171.540</b>	<b>5.177.869</b>
<b>Exploitatiekosten</b>							
Personeelskosten	744.208	1.282.892	445.731	491.975	432.567	171.540	3.568.913
Huisvestingskosten	58.047	111.224	37.032	40.748	39.787	-	286.838
Beheers- en adm. kosten	62.425	130.452	40.445	41.801	40.934	-	316.057
Automatisering	38.320	65.432	47.792	23.476	23.041	-	198.061
Medische middelen	7.000	745.000	39.000	2.000	-	-	793.000
Uitvoering van derden	-	-	-	-	-	-	-
Kosten verbindingen	-	-	-	-	-	-	-
Communicatiemiddelen	-	15.000	-	-	-	-	15.000
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>910.000</b>	<b>2.350.000</b>	<b>610.000</b>	<b>600.000</b>	<b>536.329</b>	<b>171.540</b>	<b>5.177.869</b>
<b>Exploitatiesaldo</b>	-	-	-	-	-	-	-

‘Uit recent onderzoek blijkt dat patiënten de ambulancezorg gemiddeld een 9 geven’

## Acute Zorg

De Regionale Ambulance Voorziening Zuid Limburg bestaat uit de ambulancezorg en de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) en vormt samen met de GHOR de afdeling Acute Zorg. Als elke seconde telt, rukken de ambulances met zwaailicht en sirene uit. Ook als een patiënt niet in levensgevaar is, maar wel dringend hulp nodig heeft, rijdt de ambulance er zo snel mogelijk naartoe. Daarnaast verzorgt de RAV vervoer op afspraak, bijvoorbeeld van ziekenhuis naar huis. De spin in het web van de ambulancezorg is de Meldkamer. Hier coördineren de centralisten de ambulancezorg en hebben zij contact met melders, de ambulanceteams en andere zorgverleners. Patiënten moeten de best mogelijke zorg krijgen, of het er nu twee, twintig of tweehonderd zijn. De GHOR zorgt ervoor dat de opschaling van dagelijkse naar groot-schalige geneeskundige hulpverlening soepel verloopt.



## ‘Intensieve samenwerking met Limburg Noord komt de patiënt direct ten goede’

‘Van tevoren weten wij natuurlijk nooit op welk moment en op welke plek in Zuid-Limburg zich een spoedgeval voordoet. De vraag naar ambulancezorg kan per minuut wijzigen, terwijl het aantal ambulances waarover Zuid-Limburg kan beschikken vastligt volgens een berekening door het RIVM. Het is voor de centralisten op de Meldkamer Ambulancezorg in Zuid-Limburg dan ook een flink gepuzzel om de beperkte ambulancecapaciteit steeds zo in te zetten dat elke patiënt op tijd wordt geholpen. Dynamisch ambulancemanagement noemen wij het proces van optimale ambulance-inzet. De meldkamer in Noord-Limburg staat voor dezelfde logistieke uitdaging als wij. Ook de beide ambulancediensten in het noorden en zuiden van de provincie hebben dezelfde taak: Met beperkte middelen ervoor zorgen dat de ambulancezorg op hoog niveau blijft. Dat is geen eenvoudige klus, want de ambulancezorg in Nederland is al van hoge kwaliteit. Uit recent onderzoek van het NIVEL blijkt dat patiënten de ambulancezorg gemiddeld een 9 geven. Ze vinden ons vriendelijk, deskundig en professioneel. Toch blijven we zoeken naar verbetering en vernieuwing. Ook omdat de eisen steeds hoger worden. Het is een van de redenen waarom we meer gaan samenwerken met onze collega’s in Noord-Limburg.

### Eén meldkamer in Limburg

Een voorbeeld van verregaande samenwerking is de samenvoeging van de twee Limburgse meldkamers in Venlo en Maastricht. Het GGD-bestuur heeft hiermee ingestemd en volgt hiermee het plan van het kabinet om landelijk te komen tot tien meldkamers in 2017. Nu zijn dat er nog meer dan twintig.

De Limburgse meldkamer zal in Maastricht komen, in het huidige Meld- en Coördinatiecentrum. Door een centrale aansturing kunnen ambulances uit Noord en Zuid makkelijker in de hele provincie worden ingezet. Het potentiële aantal voertuigen en ambulancehulpverleners wordt daarmee flink vergroot. Het betekent dat we sneller hulp kunnen verlenen. Gezondheidswinst dus. Vanwege het belang voor de inwoners van Limburg, is ons streven om al in 2015 te functioneren alsof we over één meldkamer beschikken. Daar komt heel veel bij kijken, want een meldkamer zit tegenwoordig boordevol techniek en processen en procedures moeten op elkaar afgestemd worden. We hadden al eerder het idee om meer met de Noord-Limburgse collega’s op te trekken, maar of dat een goede stap was, bleef lange tijd onduidelijk door het uitblijven van de (tijdelijke) Wet ambulancezorg. In aanloop naar die wet leek het erop dat de minister van VWS marktwerking zou introduceren in de ambulancezorg. Kon je elkaar nu zien als collega’s of waren we concurrenten? Dat wisten we niet. Sinds daar duidelijkheid over is, beschouwen we Noord Limburg steeds meer als onze beste buur, ook al grenzen we maar voor een paar kilometer aan elkaar.

### Besparen op bedrijfsvoering

Goede samenwerking kennen we trouwens al jarenlang met onze andere bureaus, de Belgen en Duitsers. Met hen werken we vooral samen bij grootschalige incidenten en bij inzetten langs de grens. Daarbij volgt ieder zijn eigen regels en procedures. Vanwege de verschillen in onder meer wetgeving en organisatie is samenwerking met de Belgische en Duitse hulpdiensten

op het gebied van bedrijfsvoering niet mogelijk. Met de collega's van Limburg Noord kan dat wèl en daar gaan we in 2014 mee aan de slag. Denk aan gezamenlijke inkoop, samenwerking bij opleiding, training en oefening, juridische ondersteuning, ICT en dataverzameling.

In de begroting 2015 zullen de effecten hiervan nog niet te zien zijn. Naar verwachting wordt vanaf 2016 zichtbaar wat de samenwerking met de Ambulancezorg Limburg-Noord oplevert. Het geldt dat we besparen, steken we in het op peil houden van onze paraatheid. We geven een zo groot mogelijk deel van ons budget uit aan directe zorg voor de patiënt en zo weinig mogelijk aan overhead. Intensieve samenwerking met Limburg Noord gaat ons daarbij helpen. De kosten voor de gezondheidszorg zijn hoog. Niemand wil meer zorgpremie betalen dan nodig is, dus moeten we elke euro zo goed mogelijk besteden.'

In Zuid-Limburg is de ambulancezorg onderdeel van de GGD. In tegenstelling tot de andere onderdelen van de GGD, wordt de ambulancezorg niet gefinancierd door de gemeenten, maar door de zorgverzekeraars. Daarvoor betaalt elke Nederlander zorgpremie aan zijn ziektekostenverzekeraar. De ambulancezorg maakt met de zorgverzekeraars afspraken over productie en financiering.

## Acute Zorg

### Ontwikkelingen

- Het is niet meer alleen de hulpvraag van de burger die het zorgaanbod bepaalt. Als gevolg van marktwerking en veranderde wet- en regelgeving speelt de zorgverzekeraar een steeds grotere rol.
- Terwijl burgers volop gebruik maken van zorgvoorzieningen in België en Duitsland, houden zorgverzekeraars daar bij de productieafspraken over ambulancezorg nog niet altijd rekening mee. Patiëntenstromen houden voor de ambulancezorg niet op bij de landsgrens.
- Door fusies, specialisatie en concentratie van kerntaken van ziekenhuizen zullen patiënten vaker verder moeten reizen voor zorg. Voor de ambulancezorg brengt dit langere aanrijtiden met zich mee. Ook het vervoer tussen de ziekenhuizen zal toenemen, omdat een patiënt na behandeling meestal terug gaat naar de zorginstantie waar hij/zij vandaan komt.
- Verdere specialisatie van zorg zal leiden tot een grotere vraag naar hooggekwalificeerd vervoer, zoals het intensive care transport tussen IC-afdelingen van ziekenhuizen.

### Speerpunten beleid 2015

- Prioriteit voor de RAV is het voldoen aan de landelijke norm: in 95% van de spoedgevallen is de ambulance overal in Zuid-Limburg binnen 15 minuten ter plaatse.
- Momenteel wordt hard gewerkt om per 1 januari 2015 één meldkamer ambulancezorg in Limburg te hebben. Mogelijk is dat nog op twee locaties. De uiteindelijke locatie hiervoor is het Meld- en Coördinatiecentrum in Maastricht.
- De ambulancepost Maastricht verhuist naar de Vijverdalseweg. De dekking in de regio Maastricht en het oostelijke deel van het Heuveland zal hierdoor licht verbeteren.
- De samenwerking met huisartsen, ziekenhuizen, behandelcentra en andere ketenpartners wordt versterkt.



# Begroting Acute Zorg

Staat van Baten en Lasten	Ambulancezorg	Meldkamer Ambulancezorg	GHOR	Totaal
Opbrengsten				
Bijdragen gemeenten	-	-	915.534	915.534
Inkomsten uit centrumgemeenten	-	-	-	-
Bijdrage Rijk/Provincies	-	-	1.537.054	1.537.054
Inkomsten NZA	15.064.893	1.639.259	-	16.704.152
Overige bijdrage	1.220.000	-	60.000	1.280.000
Vrijval Reserve netcentrisch werken	-	-	27.000	27.000
Vrijval RAK	500.000	400.000	-	900.000
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>16.784.893</b>	<b>2.039.259</b>	<b>2.539.588</b>	<b>21.363.740</b>
Exploitatiekosten				
Personeelskosten	12.434.207	1.487.219	1.560.088	15.481.514
Huisvestingskosten	1.137.484	206.690	267.500	1.611.674
Beheers- en adm. kosten	1.883.500	80.000	333.000	2.296.500
Automatisering	465.702	249.370	175.000	890.072
Medische middelen	645.000	-	5.000	650.000
Uitvoering van derden	90.000	-	-	90.000
Kosten veiligheidsregio	-	-	179.000	179.000
Kosten verbindingen	129.000	15.980	10.000	154.980
Communicatiemiddelen	-	-	10.000	10.000
<b>Totaal exploitatiekosten</b>	<b>16.784.893</b>	<b>2.039.259</b>	<b>2.539.588</b>	<b>21.363.740</b>
<b>Exploitatiesaldo</b>				

Voor de begroting van de GHOR is het Algemeen Veiligheidsbestuur verantwoordelijk. Deze begroting staat op GGD extranet.

### **Missie GGD Zuid Limburg**

De GGD Zuid Limburg beschermt, bewaakt en bevordert de gezondheid van alle Zuid-Limburgers met speciale aandacht voor mensen in een kwetsbare positie. Daarmee wil de GGD eraan bijdragen dat iedereen, van jong tot oud, actief kan deelnemen aan onze samenleving.

### **GGD is een gemeentelijke dienst**

De GGD is een onderdeel van de gemeenten. Gemeenten hebben de taak om de lokale publieke belangen op het gebied van volksgezondheid te behartigen. Gemeenten bepalen het gezondheidsbeleid en voeren de totale regie op de lokale uitvoeringsprogramma's. De GGD adviseert gemeenten hierbij, levert data en kennis, verbindt partijen en is aanjager van processen die moeten leiden tot een betere gezondheid van de Zuid-Limburgers.

Dit is een uitgave van:

De Geneeskundige Gezondheidsdienst (GGD) Zuid Limburg

Postbus 2022 - 6160 HA Geleen

T 046 850 66 66 - F 046 850 66 67

info@ggdzl.nl www.ggdzl.nl

Maart 2014

Berekening bijdrage gemeenten per gemeente:

Gemeente Maastricht	Uitgangspunt oorspronkelijk Begroting 2010	2011 incl index 1,75%	Bijdrage gemeente 2011	1e Bijgestelde 2012 incl index 1,86%	Bijdrage gemeente 2012	1e Bijgestelde 2013 incl index 0,88%	Bijdrage gemeente 2013	2014 incl index 2,18%	Bijdrage gemeente 2014	2015 incl index 0,49%	Bijdrage gemeente 2015	2016 incl index 1,75%	Bijdrage gemeente 2016	2017 incl index 1,75%	Bijdrage gemeente 2017	2018 incl index 1,75%	Bijdrage gemeente 2018
Basis aantal inwoners Gemeente		608.885	D1	118.286	607.784	G1	118.533	607.214	121.050	605.900	121.819	605.900	121.819	605.900	121.819	605.900	121.819
Basis aantal inwoners Gemeente < 20 jaar		121.898		22.502	119.935		22.157	115.461	21.668	113.444	21.523	113.444	21.523	113.444	21.523	113.444	21.523
Totaal op basis van de oorspr. begroting 2010	8.561.328	8.561.328		1.663.180	8.711.151	G2	1.698.891	8.873.178	1.748.357	9.094.598	1.828.511	8.133.854	1.635.349	8.276.197	1.663.968	8.421.030	1.693.087
Bij: indexering boekjaar		149.823		29.106	162.027	G3	31.599	110.027	21.680	44.564	8.960	142.342	28.619	144.833	29.119	147.368	29.629
Totaal geïndexeerd boekjaar		8.711.151		1.692.285	8.873.178		1.730.491	8.983.206	1.770.037	9.139.162	1.837.471	8.276.197	1.663.968	8.421.030	1.693.087	8.568.398	1.722.716
Af: Bezuïninging:		346.290		67.273	443.659	G4	86.525	628.824	123.903	1.005.308	202.122	0	0	0	0	0	0
Totaal basis bijdrage		8.364.861		1.625.013	8.429.519	G5	1.643.966	8.354.381	1.646.134	8.133.854	1.635.349	8.276.197	1.663.968	8.421.030	1.693.087	8.568.398	1.722.716
Bij: Zorgnetwerken	pm	pm		438.397	85.498		446.551	87.988	452.088	90.125	457.694	92.021	459.937	92.472	467.986	94.091	476.176
Bij: indexering boekjaar	pm	pm		8.154	1.590		5.537	1.091	5.606	1.118	2.243	451	8.049	1.618	8.190	1.647	8.333
Totaal Zorgnetwerken		438.397		85.166	446.551		87.089	452.088	89.079	459.937	92.472	467.986	94.091	476.176	95.737	484.509	97.413
Bij: DD JGZ	pm	pm		240.041	44.346		244.506	45.521	247.538	46.454	250.607	47.546	251.835	47.779	256.242	48.615	260.726
Bij: indexering boekjaar	pm	pm		4.465	825		3.032	564	3.069	576	1.228	233	4.407	836	4.484	851	4.563
Totaal DD JGZ		240.041		44.331	244.506		45.170	247.538	46.085	250.607	47.779	256.242	48.615	260.726	49.466	265.289	50.332
Bij: Adolescenten vanaf 14 jaar	0	0		0	0		0	0	0	440.000	88.464	442.156	88.898	449.894	90.453	457.767	92.036
Bij: indexering boekjaar	0	0		0	0		0	0	0	2.156	433	7.738	1.556	7.873	1.583	8.011	1.611
Totaal Adolescenten vanaf 14 jaar		0		0	0		0	0	0	442.156	88.898	449.894	90.453	457.767	92.036	465.778	93.647
Bij: Huiselijk Geweld	pm	pm		153.438	29.924		156.491	30.835	157.681	31.434	159.258	32.020	159.274	32.023	162.061	32.583	164.897
Bij: indexering boekjaar	pm	pm		3.053	595		1.189	234	1.577	314	16	3	2.787	560	2.836	570	2.886
Totaal Huiselijk Geweld		153.438		29.808	156.491		30.520	157.681	31.069	159.258	31.749	162.061	32.583	164.897	33.153	167.783	33.734
Totale bijdrage inclusief bezuiniging		9.196.737		1.784.317	9.277.068		1.806.745	9.211.688	1.812.367	9.583.643	1.899.852	9.447.056	1.896.521	9.780.596	1.963.480	9.951.757	1.997.841

Bijdrage per inwoner:

<b>2012</b>				I1		<b>2015</b>				N1		
De bijdrage 2011 op basis van de indexering	G2/D1	14,31	x	118.533	=	De bijdrage 2014 op basis van de indexering	P2/O1	14,98	x	121.819	=	1.824.554
Indexeringsbedrag 2012	G3/G1	0,27	x	118.533	=	Indexeringsbedrag 2015	P3/P1	0,07	x	121.819	=	8.960
Bezuïningingsbedrag 2012	G4/G1	0,73	x	118.533	=	Bezuïningingsbedrag 2015	P4/P1	1,66	x	121.819	=	202.122
<b>Bijdrage 2012 inclusief demografie</b>	<b>Totaal</b>	<b>13,84</b>	<b>T</b>			<b>Bijdrage 2015 inclusief demografie</b>	<b>Totaal</b>	<b>13,39</b>	<b>W</b>			<b>1.631.392</b>
Demografie	G5/G1-T	0,03		118.533	=	Demografie	P5/P1-W	0,03		121.819	=	3.957
<b>Bijdrage per inwoner 2012 inclusief demografie</b>		<b>13,87</b>			<b>1.643.966</b>	<b>I5</b>		<b>13,42</b>				<b>1.635.349</b>

**2013**

De bijdrage 2012 op basis van de indexering	K2/G1	14,60	x	119.664	=	1.747.002
Indexeringsbedrag 2013	K3/K1	0,18	x	119.664	=	21.680
Bezuïningingsbedrag 2013	K4/K1	1,04	x	119.664	=	123.903
<b>Bijdrage 2013 inclusief demografie</b>	<b>Totaal</b>	<b>13,74</b>	<b>U</b>			<b>1.644.779</b>
Demografie	K5/K1-U	0,01		119.664	=	1.355
<b>Bijdrage per inwoner 2013 inclusief demografie</b>		<b>13,76</b>				<b>1.646.134</b>

**2014**

De bijdrage 2013 op basis van de indexering	O2/K1	14,79	x	121.050	=	1.790.538
Indexeringsbedrag 2014	O3/O1	0,18	x	121.050	=	22.206
Bezuïningingsbedrag 2014	O4/O1	1,35	x	121.050	=	163.173
<b>Bijdrage 2014 inclusief demografie</b>	<b>Totaal</b>	<b>13,63</b>	<b>V</b>			<b>1.649.571</b>
Demografie	O5/O1-V	0,00		121.050	=	292
<b>Bijdrage per inwoner 2014 inclusief demografie</b>		<b>13,63</b>				<b>1.649.863</b>

Opmerkingen:  
 - In de berekeningen is niet afgerond op hele eurocenten  
 - De "grijze" kolommen "Bijdrage gemeente jaar x" betreffen de berekeningen van uw gemeente  
 - De "witte" kolommen betreffen de berekeningen van alle gemeenten totaal