

Algemeen Bestuur Hecht

Datum: 19 oktober 2022
Locatie: Raadzaal, Stadhuis Alphen aan den Rijn
Tijd: 14:30-16:30 uur

Aan:

De heer D.A. de Haas, gemeente Zuidplas, voorzitter
De heer G. Schotanus, gemeente Alphen aan den Rijn
De heer D. Knol, gemeente Bodegraven-Reeuwijk
Mevrouw A. van Popering, gemeente Gouda
De heer J. van Rijn, gemeente Hillegom
De heer G. van Duin, gemeente Kaag en Braassem
De heer E. Soetendal, gemeente Katwijk
Mevrouw I. Bultman, gemeente Krimpenerwaard
Mevrouw F. Spijker, gemeente Leiden
De heer D. Binnendijk, gemeente Leiderdorp
Mevrouw J. Langeveld, gemeente Lisse
De heer T. de Kleer, gemeente Nieuwkoop
De heer D.T.C. Salman, gemeente Noordwijk
De heer T.I.M. van Tongeren, gemeente Oegstgeest
Mevrouw C.G.J. Breuer, gemeente Teylingen
De heer R. Zoetemelk, gemeente Voorschoten
Mevrouw B.J.A. Leferink, gemeente Waddinxveen
De heer F.Q.A. van Trigt, gemeente Zoeterwoude
De heer J.M.M. de Gouw, directeur Hecht
De heer D.A.E. Christmas, directeur Hecht
De heer E. Valk, concerncontroller Hecht
Mevrouw E. Starreveld, directiesecretaris Hecht
Mevrouw G.A. Dijkstra, directiesecretaresse Hecht

1. Vaststellen agenda

2. Concept verslag, actiepunten- en besluitenlijst vorige vergadering

- | | |
|--|-----------|
| - Conceptverslag AB Hecht 30 juni 2022 | AB-22-34 |
| - Concept Besluitenlijst AB Hecht 30 juni 2022 | AB-22-34a |
| - Conceptverslag AB Hecht 14 juli 2022 | AB-22-34b |
| - Concept Besluitenlijst AB Hecht 14 juli 2022 | AB-22-34c |
| - Conceptverslag AB Hecht 14 september 2022 formele deel | AB-22-34d |

3. Ingekomen en verzonden brieven / Mededelingen / Ter kennisname

- | | |
|------------------------------|-----------|
| - Schriftelijke mededelingen | AB-22-35 |
| - Kamerbrief Acute Zorg | AB-22-35a |
| - Huisvesting | mondeling |

4. Stand van zaken Coronabestrijding

mondeling

5. Stand van zaken opvang vluchtelingen Oekraïne (inclusief update kosten)

mondeling

P&C cyclus

6. Resultaatbestemming

- | | |
|-----------------------|-----------|
| - Oplegger | AB-22-36 |
| - Resultaatbestemming | AB-22-36a |
| - Accountantsverslag | AB-22-36b |

	- Reactie van directie Hecht op accountantsverslag - Terugkoppeling vanuit Auditcommissie	AB-22-36c mondeling
7.	2^e bestuursrapportage 2022 Hecht - Oplegger - 2 ^e bestuursrapportage 2022	AB-22-37 AB-22-37a
8.	Begrotingswijziging - Oplegger - 1 ^e begrotingswijziging 2022	AB-22-38 AB-22-38a
9.	Koers en ontwikkelingen	mondeling
<u>Bac PG</u>		
10.	Terugkoppeling BAC PG	mondeling
11.	JeugdMATCH	mondeling
<u>BAC ZV</u>		
12.	Terugkoppeling BAC ZV	mondeling
13.	Mensenhandel - Oplegger - Memo Realisatie en financiering mensenhandel	AB-22-40 AB-22-40a
<u>Overig</u>		
14.	Notitie verplaatsen ambulancepost Krimpenerwaard - Oplegger - Notitie verplaatsen ambulancepost Krimpenerwaard - Analyse standplaatslocaties RAVHM	AB-22-41 AB-22-41a AB-22-41b
15.	Vervangen mobiele unit RAV voor vaste locatie Alrijne	mondeling
16.	Gelijke Kansen op Gezondheid (45 min) - Oplegger (<i>hernieuwde versie</i>) - Presentatie	AB-22-29 AB-22-29a
17.	Verzendlijsten AB	AB-22-42
18.	Terugkoppeling themabijeenkomst 14 sept	AB-22-43
19.	Rondvraag en sluiting	

Concept verslag

Vergadering Algemeen Bestuur Hecht

d.d. 30 juni 2022

Plaats: Via Microsoft Teams-vergaderen

Aanwezig

Mw. C. Breuer, Teylingen (voorzitter)
Dhr. G.J. Schotanus, Alphen aan den Rijn
Mw. J. Langeveld, Lisse
Dhr. E. Soetendal, Katwijk
Mw. F. Spijker, Leiden
Dhr. D. Binnendijk, Leiderdorp
Dhr. F. van Trigt, Zoeterwoude
Dhr. T. van Tongeren, Oegstgeest
Dhr. D.J. Knol, Bodegraven Reeuwijk (iets later)
Mw. A. van Poppering-Kalkman, Gouda
Mw. I. Bultman, Krimpenerwaard
Dhr. D. de Haas, Zuidplas
Dhr. T. de Kleer, Nieuwkoop
Dhr. D. Binnendijk Leiderdorp
Mw. M. Nel, Voorschoten (commissielid)

Dhr. S. de Gouw, Hecht
Mw. E. Starreveld, Hecht
Dhr. E. Valk, Hecht
Mw. I. Overkamp, Hecht (notulen)

Afwezig met kennisgeving

Dhr. D. Christmas, Hecht
Dhr. G. van Duin, Kaag & Braasem
Mw. B. Leferink, Waddinxveen
Dhr. J. van Rijn, Hillegom
Dhr. D. Salman, Noordwijk

1. Opening en welkom

Mw. Breuer opent de vergadering. Omdat zij en mw. Langeveld nog de enig overgebleven DB-leden zijn heeft de directie van Hecht haar verzocht als voorzitter op te treden.

2. Nadere kennismaking met de nieuwe portefeuillehouders

Mw. Breuer vraagt alle aanwezigen zich kort voor te stellen. Zij feliciteert de onlangs benoemde portefeuillehouders en heet allen welkom.

3. Aanwijzen voorzitter voor deze vergadering.

Omdat veel, maar nog niet alle, colleges gevormd zijn is het voorstel om op 14 september een korte vergadering te beleggen, waarin de voorgedragen personen worden benoemd als leden AB-Hecht en waarin tevens de voordracht voor het Dagelijks Bestuur wordt gedaan. Hierbij wordt de discussie meegenomen of een DB met 5 of met 7 leden gevormd zal worden.

Mw. Breuer vraagt of men akkoord is dat zij tot en met 14 september als voorzitter zal fungeren en of het AB instemt met het gegeven dat mw. Langeveld en mw. Breuer tot die tijd als Dagelijks Bestuur Hecht optreden. Tegen dit voorstel is geen bezwaar.

4. Kennismaken met Hecht

De heer Knol betreedt de vergadering.

De heer De Gouw licht het ter tafel liggende document kort toe.

Drie thema's komen aan de orde: 1^e) Governance Hecht; AB, DB, de bestuurs adviescommissies (BACs) en de auditcommissie, 2^e) Wat is Hecht (de A-merken GGD HM, Zorg- en Veiligheidshuis HM, RAV HM, GHOR HM), 3^e) Ontwikkelingen van onze missie & visie en het programma Hecht24.

De themabijeenkomst van 14 september zal worden gebruikt voor een verdere introductie van Hecht.

Dhr. Schotanus vraagt: In de tekst staat dat er een streven is naar uniforme besluitvorming, maar er is een stemverhouding, hoe moet dit geïnterpreteerd worden? Dhr. De Gouw antwoordt dat we proberen om stemming te voorkomen, er is de afgelopen 4 jaar ook niet of nauwelijks gestemd.

De Wet GR schrijft wel voor dat een stemverhouding aanwezig moet zijn. De lijst houden we dus altijd bij de hand, maar hopen dat het niet nodig is.

Het AB neemt kennis van het inwerkdocument (AB-22-21)

5. Vaststellen agenda

Dhr. De Kleer verzoekt agendapunt 18 "Gelijke kansen op Gezondheid" niet vandaag te bespreken, aangezien er nog geen advies van het BAC PG ligt. De voorzitter antwoordt dat dit onderwerp op de agenda staat vanwege de belofte in het AB van 13 april jl. om vandaag een terugkoppeling te geven. In een latere vergadering volgt de bespreking.

De Conceptagenda wordt zonder wijzigingen vastgesteld

6. Concept verslag, actiepunten- en besluitenlijst vorige vergadering

Het Conceptverslag AB Hecht 13 april 2022 wordt zonder wijzigingen goedgekeurd en vastgesteld. Concept Besluitenlijst AB Hecht 13 april 2022 is conform verslag en wordt vastgesteld.

7. Ingekomen en verzonden brieven / Mededelingen / Ter kennisname

- a. Mededelingen schriftelijk
- b. Reactie VNG op brief Behoud de Verwijsindex in de Jeugdwet
- c. Stoppen aangepaste dienstverlening JGZ.

Dhr. De Kleer vraagt om uiterlijk eind augustus op de hoogte te worden gebracht van de ontwikkelingen omtrent de dienstverlening JGZ. Dhr. De Gouw antwoordt dat de notitie juist melding maakt van het stoppen van de aangepaste dienstverlening, maar zegt toe dat bij de 2^e Berap hier nog even bij stil te staan.

Het AB neemt kennis van de mededelingen.

8. Stand van zaken Coronabestrijding

Dhr. De Gouw geeft een mondelinge update en een korte terugblik op de taken van de afgelopen twee jaar. Momenteel is er een, nog redelijk beperkte, zomeropleving van het virus. Men gaat ervan uit dat er meer infecties zullen komen. We hebben daarom opdracht van het ministerie om een zekere basiscapaciteit voor testen en bron- en contactonderzoek paraat te houden voor kwetsbare groepen. Daarnaast wordt vooral ingezet op zelftesten zonder bron- en contactonderzoek. Er komt een (herhaal)oproep voor 60-plusser om zich te laten vaccineren en we bereiden ons voor op de najaarscampagne. Op enig moment dat het drukker wordt, bijvoorbeeld door nieuwe varianten, zijn we voorbereid om weer op te schalen. We zijn in overleg met het ministerie over de basiscapaciteit die wij aan moeten houden en de kosten van die betreffende mensen die in de tussentijd bij ons tijdelijk ander werk doen. Het ministerie is ook overtuigd dat we niet alle contracten kunnen opzeggen. Tot mei 2023 zal in Hollands Midden in ieder geval de RVE Corona in de lucht gehouden worden.

Dhr. Knol: In de Tweede Kamer wordt de discussie gevoerd over de lange termijn strategie. Wat is de rol van Hecht daarin? Dhr. De Gouw antwoordt dat onderscheidt gemaakt wordt in:

- a) basismaatregelen: wij hebben een taak in het voorlichten van de bevolking, in de advisering naar scholen, verpleeghuizen etc. t.a.v. het aandringen op het houden aan deze maatregelen
- b) testen, BCO en vaccineren en het organiseren van de zorg buiten het ziekenhuis: hier spelen we een grote rol.
- c) beperkende maatregelen: daar is aan sectoren zelf gevraagd om op zes niveaus van dreiging maatregelen te treffen, van kleine ingrepen naar sluiting.

Dhr. Knol merkt dat het voor inwoners onduidelijk is dat in het ene ziekenhuis weer mondkapjes verplicht zijn en in het andere niet. Dhr. De Gouw antwoordt dat landelijk geprobeerd wordt duidelijkheid te scheppen; de regering vraagt ziekenhuizen dezelfde boodschap uit te stralen. Dit wordt ook in het ROAZ besproken.

9. Stand van zaken opvang vluchtelingen Oekraïne

Dhr. De Gouw geeft een mondelinge update:

Dit betreft de zorg in brede zin; huisartsenzorg, jeugdgezondheidszorg, preventieve zorg, gezondheidsvoorlichting, toeleiding naar (specialistische) zorg, kraamzorg, vaccinaties uit het RVP, Covid vaccinaties en psychosociale hulpverlening.

Daartoe is een team opgericht. Er zijn verpleegkundigen die elke dag een aantal uren aanwezig zijn, om vragen te beantwoorden en triage uit te voeren of doorverwezen moet worden naar huisarts of andere hulpverlening. Daarnaast trainen we vrijwilligers, leiden signalen van PSH door. Kinderen die in de basisadministratie zijn opgenomen worden in het reguliere JGZ traject gezien.

Het lukt om dit te doen, mede door de mensen uit de coronabestrijding die tijdelijk vrij gespeeld waren.

Momenteel is er steeds meer druk op gemeenten om ook andere asielzoekers op te nemen, daar moet ook medische zorg worden geleverd. Weliswaar is VWS daarvoor verantwoordelijk, maar we blijven alert op ontwikkelingen en houden toch rekening met extra druk op de zorg.

Dhr. De Haas vraagt of er problemen worden verwacht rondom de financiering? Dhr. De Gouw antwoordt dat het Rijk heeft aangegeven dat alle kosten via de Veiligheidsregio lopen, dat handelen we dus met hen af. Omdat sommige kosten op het COA worden verhaald (voor anderen dan Oekraïners) is het wel ingewikkeld.

10. Jaarstukken

Dhr. de Gouw leidt het onderwerp in.

Er is een positief resultaat voor de diverse sectoren. De accountant controleert momenteel de jaarstukken. Door invloed van de onduidelijkheid van de regels en instructies voor de Corona-financiering is de accountantscontrole veel uitgebreider dan voorheen en roept dat steeds nieuwe vragen op. De accountant heeft laten weten dat een goedkeurende verklaring onderweg is, maar helaas is deze vandaag nog niet beschikbaar.

Procesvoorstel is daarom nu de stukken vast te stellen onder voorbehoud van goedkeuring accountant en volgende week, via een emailronde plus vragenuur de definitieve vaststelling te organiseren.

Daarop wordt echter door dhr. De Haas gereageerd dat de stukken nog niet op de website staan. Mw. Starreveld geeft aan dat de jaarstukken inderdaad mét de verklaring van de accountant zullen worden toegestuurd.

Dhr. Schotanus merkt ten aanzien van de resultaatbestemming op dat op 8 december in het AB uitgangspunten zijn vastgesteld, waaraan nog zou worden toegevoegd dat als het weerstandsvermogen onder de 3 miljoen zakt, Hecht een plan presenteert hoe dat rechtgetrokken wordt. Dat plan ontbreekt nog. Dhr. Schotanus pleit ervoor om voldoende ruimte voor ambtelijke consultatie in te bouwen alvorens de jaarstukken moeten worden vastgesteld.

Mw. Spijker is het met dhr. Schotanus eens dat een ambtelijke ronde noodzakelijk is, zeker gezien het aantal nieuwe bestuurders.

Ook mw. Van Popering sluit zich aan bij de vorige sprekers. De stukken kunnen nu niet onder voorbehoud worden vastgesteld. De verantwoording van de subsidie voor Veilig Thuis is een onderdeel waar zij heel goed naar wil kijken.

Dhr. Binnendijk is het eens dat we voldoende tijd moeten krijgen voor ambtelijke voorbereiding, maar weet dat bijvoorbeeld de begroting vóór 15 juli bij de Provincie moet liggen en vraagt zich af of hier ook een deadline is?

Ook dhr. De Haas is het eens dat we nu niets vast kunnen stellen en pleit voor een schriftelijke ronde met tijd voor ambtelijke afstemming. Hij stelt voor de contactpersoon van de provincie te vragen of deze tijdsruimte er is.

Dhr. Valk: 15 juli is de uiterste termijn voor de jaarrekening. Hecht zal op korte termijn met de provincie spreken en vragen of ons iets meer tijd gegund wordt. Op basis daarvan zal worden besloten of een procedure tussen 6 juli (verwachte datum accountantsverklaring) en 15 juli moet worden doorlopen of dat de provincie ons iets meer tijd gunt.

Nieuw voorstel: de jaarstukken worden eerst gedeeld met de ambtenaren waarbij er vragenuren zullen worden georganiseerd. Daarna volgt bestuurlijke vaststelling.

Aan het AB wordt teruggekoppeld of dit zo mogelijk is of dat een nieuw overleg ingelast moet worden.

Dhr. Binnendijk constateert dat ook vorig jaar de accountantsverklaring te laat was en vraagt wat de reden is. Ook vorig jaar is de verantwoording van Corona-gelden de reden van de vertraging geweest, aldus dhr. De Gouw.

Dhr. Van Trigt is van mening dat het in een schriftelijke ronde lastig is om gedachtewisseling rondom resultaatbestemming te delen. Zoeterwoude vindt dat een relatief klein bedrag van het totale resultaat naar gemeenten teruggaat en heeft met name wat moeite met het bedrag van 620.000 euro dat naar het programma Hecht24 zou gaan. Zoeterwoude krijgt graag een stand van zaken van het programma om te bepalen hoeveel middelen daar nog nodig zijn.

De voorzitter stelt voor om, als vaststellen van de stukken niet per email verloopt maar een extra vergadering wordt ingelast, daar nog een discussie over toe te voegen aan de agenda. Het hoeft het vaststellen van de jaarstukken niet in de weg te staan.

Dhr. Schotanus sluit zich aan bij de opmerking van dhr. Van Trigt en vraagt Hecht nog even te reageren op zijn vraag betreffende het ontbreken van het plan bij een te laag weerstandsvermogen.

Dhr. De Gouw antwoordt dat het van belang is uit te zoeken hoe dat zich verhoudt tot de treasure verordening die we daarvoor hebben. Op dit moment was de betreffende notitie niet actueel (want niet onder de 3 miljoen gezakt). Dhr. Valk vult aan dat hier het doel was om, in geval het weerstandsvermogen onder de 3 miljoen dreigt te zakken de organisatie iets moet inregelen om terug te komen naar het gezonde niveau. Dat is nu niet van toepassing.

Op de vraag van dhr. Van Trigt geeft dhr. De Gouw aan dat we in de eerst volgende rapportage uitgebreider ingaan op het programma en de afgesproken financiering.

Afspraak: Er wordt een nieuwe vergadering van het AB georganiseerd, tenzij we uitstel krijgen van de provincie. Voor die tijd worden de jaarstukken gedeeld met de ambtenaren en worden er spreekuren georganiseerd.

11. 1^e bestuursrapportage 2022 Hecht

Dhr. De Gouw geeft een toelichting. Twee keer per jaar is er een Bestuursrapportage (Berap), over de eerste vier en over de eerste acht maanden.

Bij deze Berap doen we vier dingen: 1) afwijkingen verklaren t.o.v. het inhoudelijke programma dat in de begroting is opgenomen, 2) afwijkingen verklaren over de eerste 4 maanden van de financiële begroting, 3) vooruitkijken naar het jaar voor wat we nog verwachten qua inhoud, 4) vooruitkijken qua financiën en resultaat tot einde van het jaar.

Wat we nu zien is dat er vanuit inhoud geen spectaculaire wijzigingen zijn, op kleine afwijkingen na door Corona en personeelstekorten.

Qua financiën: de uitgaven zitten op de begrote lijn, maar bij ongewijzigd beleid zouden we afstevenen op een tekort van 1 miljoen euro t.o.v. de begroting 2022. Dat betreft a) inhaalwerkzaamheden Zorg- en Veiligheidshuis; dat is afhankelijk van de meldingsdruk in verhouding tot beschikbaar personeel, dus hier zijn geen grote beleidsaanpassingen mogelijk, en b) de discussie van de gemiste opbrengsten DUVO-middelen, waarover we nog met de centrumgemeenten in gesprek zijn.

Vragen en opmerkingen:

Dhr. Binnendijk: vindt de oplegger voor deze Berap zeer karig, het dwingt tot lezen van het hele stuk, daarom verzoekt dhr. Binnendijk daar volgende keer meer aandacht aan te geven.

Inhoudelijk: 2 jaar geleden heeft het AB het programma Hecht24 vastgesteld. Een van de baten die genoteerd zijn was dat het ziekteverzuim van 5 naar 4 procent zou zakken. Lezende dat dit naar 8,23% is gestegen vraagt hij zich af of die daling nog realistisch wordt geacht?

Dhr. Knol: leest dat ziekteverzuim is opgevangen door eigen medewerkers. Dat is prijzenswaardig, maar tegelijkertijd is dat toch ook gepaard gegaan met hogere kosten. Er is ook gesteld dat een hogere werkdruk is ontstaan, hetgeen logisch lijkt bij het zelf opvangen van ziekteverzuim, maar dhr. Knol vraagt zich af of het programma Hecht24 daar dan wel bij helpt en op welke wijze Hecht daarmee omgaat?

Mw. Van Popering: Gouda ziet graag dat de baten van Hecht24 beter zichtbaar worden. Daarnaast vraagt zij zich af of het extra bedrag aan DUVO middelen echt wel echt nodig is?

Dhr. Schotanus vraagt naar de stand van zaken van het traject om de achterstand t.a.v. onderzoekskosten in te lopen. Daarnaast op p11 in de tabel subsidieaanvragen Hecht: wat zijn de mogelijkheden om dat op te lossen, zodat dit probleem niet bij 18 maar bij 2 gemeenten terecht komt.

Dhr. De Haas: vraagt of het ziekteverzuim, dat grotendeels door werkdruk rondom Corona is ontstaan, daarom ook niet gedeclareerd kan worden bij het Rijk als Corona-gerelateerde kosten? Daarnaast vraagt dhr. De Haas ten aanzien van de DUVO-middelen of er mogelijk iets te verrekenen valt met de buffers die de afgelopen jaren bij VT zijn opgebouwd. Wordt met de centrumgemeenten gesproken om alsnog uit DUVO-gelden te betalen of ligt het risico nu bij alle gemeenten? Ten derde vraagt dhr. De Haas waarom over de kosten en baten van Hecht24 niet in deze rapportage wordt gerapporteerd, zoals is toegezegd, maar pas in het najaar?

Dhr. Van Trigt: het ziekteverzuim wordt vaak gekoppeld aan de Coronacrisis en opvang Oekraïense vluchtelingen. Bij de start van het programma Hecht24 is specifiek aandacht voor begeleiding van de medewerkers gevraagd, dhr. Van Trigt vraagt of is uitgezocht of ook de voortgang van het programma leidt tot meer ziekteverzuim?

Beantwoording vragen

Mw. Starreveld geeft aan dat zij de tip over de oplegger meeneemt, maar dat zij er wel vanuit gaat dat ook de onderliggende stukken worden gelezen.

Dhr. De Gouw:

- T.a.v. ziekteverzuim zijn de verwachtingen in het programma nog realistisch: het programma RDOG2024 is in 2018 geschreven, destijds is een analyse van het ziekteverzuim gemaakt. Vastgesteld werd dat deze ook werk- gerelateerd was en daar is op ingespeeld om deze d.m.v. een gezonde, moderne organisatie te laten afnemen. Die ambitie is er nog steeds. Ons ziekteverzuim is vergelijkbaar met andere (vergelijkbare) organisaties nog aan de lage kant. Die loopt vaak op tot 10%. We voeren intensief overleg met de Arbo dienst en zien het nog steeds als mogelijke baat.

-De extra kosten ondanks opvangen ziekteverzuim door eigen personeel: we zijn onze eigen verzekeraar, bij hoger ziekteverzuim heb je t.o.v. je begroting meer kosten aan loondoorbetaling aan degene die ziek zijn en urenuitbreiding van eigen personeel dat dit opvangt. Geprobeerd is dit zo min mogelijk via uitzendbureaus op te vangen.

-Tekort aan arbeidskrachten: dit betreft vooral medische beroepen. Daarvoor zijn acties uitgezet, o.a. de MAR (Medische Adviesraad) is opgericht, met goede netwerken. Er is een benchmark qua honorering en werkdrukvergelijking uitgevoerd. We zitten in een relatief gunstige regio, doordat studenten uit Leiden graag in Leiden blijven hangen. Ook is binnen HRM extra recruitmentspecialisme opgenomen.

-Programmaverantwoording: afgesproken is een aantal vaste momenten voor Programma-verantwoording, volgens een vaste systematiek. Ook wat betreft het beschrijven van de baten daarvan.

Daarom is in dit document 1 pagina hierover opgenomen, met de aankondiging dat uitgebreidere verantwoording op de afgesproken momenten komt. Bij de 2^e Berap zal dit uitgebreid aan de orde komen en zal de behoefte aan rapportage voor 2023 en 2024 bij het bestuur worden gepeild.

- DUVO-middelen: We zijn in gesprek met de centrumgemeenten. We proberen zoveel mogelijk de oorspronkelijk gemaakte afspraken te realiseren en houden u op de hoogte van de voortgang.

-Relatie ziekteverzuim en Hecht24: In het programma Hecht24 is de lijn datagedreven innovatie even stilgezet. Bepaalde projecten die vereisen dat mensen de ruimte krijgen om aan die projecten mee te doen zijn wat verschoven. Enkele activiteiten worden om die reden wel afgerond, maar nog niet geïmplementeerd. Mw. Van der Zalm wordt gevraagd inhoudelijk te reageren op de vraag van de heer Schotanus:

Aan BMC is gevraagd te helpen met een werkvoorraad bij VT weg te werken. Dat ging om 150 zaken. BMC heeft nu 98 van de 150 zaken opgepakt, maar alle opgegeven (en begrote) uren zijn al besteed. Analyse wordt uitgevoerd waarom dat zoveel tijd heeft gekost, die verklaring wordt opgehaald. Dit verklaart een deel van het overschot dat zij verwacht te moeten uitgeven.

Het AB stelt de 1^e bestuursrapportage 2022 vast

12. Programmabegroting 2023

De voorzitter vraagt het AB of zij in kan stemmen met de conceptreactie van Hecht en de lijn van beantwoording; iedere gemeente krijgt nog een reactie op maat. Zij vraagt daarbij niet alleen te kijken naar de reactie voor de eigen gemeente, maar als AB vooral ook naar de reactie naar alle gemeenten.

Dhr. Binnendijk: is niet tevreden met de conceptreactie op de zienswijze van Leiderdorp. Zij stellen, en vragen dat al enkele jaren, dat als gemeenten moeten bezuinigen, dat dan ook gemeenschappelijke regelingen bezuinigen. Ons is toegezegd dat we keuzemogelijkheden zouden krijgen in wat we wel of niet afnemen bij Hecht, inclusief transparantie. De conclusie van Leiderdorp is niet zo strak als Oegstgeest deze trekt, maar daar is wel begrip voor.

Dhr. De Kleer: de raad van Nieuwkoop heeft gevraagd om evaluatie van de BPI systematiek. Nu is aangegeven dat het schillensysteem geëvalueerd wordt, maar dhr. De Kleer verzoekt de BPI daar uitdrukkelijk onderdeel van te laten zijn.

Dhr. Van Tongeren: Oegstgeest heeft niet ingestemd met de begroting. Het thema dat dhr. Binnendijk aanvoert speelt in de gemeente Oegstgeest al zeker 5 á 6 jaar. Dat er geen vooruitgang wordt geboekt wekt irritatie in de raad van Oegstgeest. Het betreft gebrek aan inzicht over de kwaliteit: gaat Hecht altijd voor een 8 of mag het iets minder?

Dhr. Schotanus: in oktober 2021 is gesproken over de managementrapportage naast de twee Beraps om de p&c-cyclus compleet te maken. Wanneer komen die?

Mw. Langeveld reageert op voorgaande sprekers; in het verleden is met name door Duin- en Bollenstreek opgeroepen tot verandering. Mw. Langeveld is juist blij dat we op de goede weg zijn. Er zijn middelen terug gegeven, er is meer inzicht dan ooit tevoren. Over die zaken ontving zij juist complimenten van haar raad. Zij begrijpt de zorgen, maar niet het moment, want we zijn op de goede weg. Ook reageert mw. Langeveld op het verzoek keuzes te kunnen maken om niet alles meer af te nemen; uit de inhoudelijke werkgroepen kwam dat er niet veel mogelijkheden toe werden gezien. Zij doet een appèl aan allen om, nu we een nieuwe periode in

gaan, met elkaar te durven doorpakken in vertrouwen. Zij ziet ook richting de raden juist een hele goede ontwikkeling. Kijk naar wat wél goed is gegaan i.p.v. alleen naar wat nog beter kan.

Dhr. Binnendijk is het eens met mw. Langeveld. Het gaat inderdaad beter, dat wordt gezien! Maar Leiderdorp zou toch graag keuzes maken om zelf te kunnen sturen.

De Gouw antwoordt daarop dat we die keuze proberen te geven, dat is via de opstelling van de nota Gezond Geregeld door het PPG gebeurd, en ook via de BAC PG. Het is aan de opdrachtgever op die keuzes te maken, wij leveren uiteraard alle gegevens die nodig zijn om die keuzes te maken, die bereidheid is er nog steeds. De afgelopen jaren hebben wij, naast 10% bezuinigen, van iedere taak de wettelijke basis weergegeven, van iedere taak precies aangegeven wat daarvan uit de PBI gaat en daarbij wat er gebeurt bij 10 of 15% bezuinigingen; wat dan niet meer kan.

In het AB is toen steeds aangegeven dat er met die informatie geen mogelijkheid gezien werd een keuze te maken, ook omdat uit benchmark blijkt dat we voor veel taken al aan de lage kant zitten.

Dhr. De Gouw geeft aan de discussie over de BPI graag met het AB te willen voeren. Enkele jaren geleden is besloten de vele subsidieaanvragen over te hevelen naar de BPI, om het eenvoudiger te maken, de commissie Chatenier heeft daarnaar gekeken en vastgesteld dat de financiën volledig transparant waren. Met het nieuwe bestuur zullen we kijken hoe we elkaar tegemoet kunnen komen om nog betere transparantie te bereiken en meer inzicht te kunnen verschaffen in wat de taken precies inhouden. Er bestaan dikke productboeken. De vraag die gesteld wordt wat het wettelijk vereiste “zesje” is, is heel moeilijk te beantwoorden. Dhr. De Gouw geeft aan dat Hecht heel graag met de gemeenten als opdrachtgever, via de BAC PG, de discussie aangaat.

Via de drie pijlers uit het programma proberen we te bereiken dat de organisatie in staat is, om als die keuzes en verzoeken om meer maatwerk komen, met de wendbare en datagedreven organisatie daar klaar voor te staan. Bij de Berap-2 zullen voorstellen zitten voor de managementrapportage 2023 en 2024.

Dhr. Van Tongeren antwoordt daarop dat hij geen nieuwe argumenten hoort en geeft nogmaals aan dat Oegstgeest behoefte heeft aan een aantal scenario's waaruit gekozen kan worden.

Dhr. Binnendijk: Leiderdorp stemt voor de begroting en is tevreden met het antwoord van dhr. De Gouw. Fijn te horen dat dhr. De Gouw het gesprek aan wil gaan om keuzes te bespreken. Leiderdorp zou dat graag willen (en adviseert Oegstgeest om dat ook te doen).

Dhr. De Kleer: Ook zijn gemeente heeft zeker oog voor de positieve ontwikkelingen van de afgelopen jaren, dat wil hij graag benadrukken. Er zijn grote stappen gezet. Maar ook Nieuwkoop is het vooral te doen om meer keuzemogelijkheid.

Mw. Langeveld vindt het prettig te horen dat toch veel gemeenten op dezelfde lijn zitten. Ook Lisse gaat graag het gesprek aan, de meer wendbare organisatie kan ons ook beter begeleiden daarin. Ook zij doet een beroep op Oegstgeest om daar op die manier in te staan en het gesprek aan te gaan.

Dhr. Van Tongeren reageert dat ook Oegstgeest graag het gesprek met dhr. de Gouw aangaat om met elkaar een modus te vinden. Afkeuren van de begroting is inderdaad een heel zwaar instrument en alle argumenten horende en met de toezegging van dhr. de Gouw om op korte termijn langs te komen om het gesprek aan te gaan, trekt dhr. Van Tongeren zijn stemverklaring in en zal zijn raad aangeven dat hij voor de begroting heeft gestemd.

Het AB stemt in met de begroting en geeft de opdracht aan de directie om de brief met reactie op de zienswijzen te versturen.

13. Terugkoppeling n.a.v. rapport archiefinspectie

Het AB Hecht neemt kennis van het rapport Archiefinspectie (AB 22-27).

14. Beleid actieve openbaarmaking stukken AB DB en BAC's

Het AB Hecht neemt kennis van de acties met betrekking tot de Woo in relatie tot de stukken voor het DB, AB en adviescommissies.

15. Resultaten consultatiefase Gelijke Kansen op Gezondheid

In verband met tijdgebrek wordt dit onderwerp verplaatst naar een volgende vergadering van het AB-Hecht.

16. Bevindingen en Aanbevelingen samenwerking Hecht en gemeenten

Mw. Starreveld geeft een korte toelichting op dit voorstel, dat uit de agendacommissie komt. Er wordt geen AB-besluit gevraagd, maar het is een oproep aan de individuele portefeuillehouders.

Dhr. De Haas vindt 2 fte fors en mist het financiële dekking voorstel.

Mw. Van Ommen licht toe dat in het verleden in het PPG die ondersteuning er was in de persoon van Mw. J. Niesten. De kosten daarvan heeft Alphen op zich genomen. Mw. F. v.d. Berg vult aan dat niet aan 2 volle fte gedacht wordt, maar versnipperd over meerdere personen, vanuit het snijvlak van kennisdeling vanuit verschillende expertise.

Mw. Langeveld adviseert om eerst met elkaar te kijken welke expertise je kunt bieden en niet direct een financieringsvoorstel te doen. Dhr. De Haas is het daarmee eens. Hij benadrukt ook nog eens dat meermaals is aangegeven dat vergaderstukken graag via de bestuurssecretariaten worden ontvangen. Dat is steeds afgehouden, dhr. Haas verzoekt dat in de evaluatie mee te nemen en dat spoedig te regelen.

De voorzitter doet een procesvoorstel waarbij enkele bestuurders samen met de agendacommissieleden een voorstel voorbereiden. Dhr. De Haas en dhr. Knol bieden zich daartoe aan. Door dit voorbereidingsgroepje zal een concreter voorstel worden gedaan.

Het AB Hecht neemt kennis van de notitie bevindingen en aanbevelingen samenwerking Hecht en gemeenten. Een voorbereidingsgroepje zal een concreter voorstel indienen.

17. Rondvraag en sluiting

Er wordt geen gebruik gemaakt van de rondvraag. Mw. Breuer sluit om 16.30 uur de vergadering.

BESLUITENLIJST van de vergadering van het Algemeen Bestuur van Hecht

Datum: 30 juni 2022

3. Aanwijzen voorzitter voor deze vergadering

Het AB stemt in met het voorstel dat mw. Breuer t/m 14 september voorzitter is (van AB en DB) en met het gegeven dat mw. Langeveld en mw. Breuer tot die tijd als DB Hecht optreden.

4. Kennismaken met Hecht

Het AB neemt kennis van het inwerkdokument (AB-22-21).

6. Concept verslag, actiepunten- en besluitenlijst vorige vergadering

Het Conceptverslag AB Hecht 13 april 2022 wordt zonder wijzigingen goedgekeurd en vastgesteld. Concept Besluitenlijst AB Hecht 13 april 2022 is conform verslag en wordt vastgesteld.

7. Ingekomen en verzonden brieven / Mededelingen / Ter kennisname

Het AB neemt kennis van de mededelingen

10. Jaarstukken

Afgesproken wordt: er wordt een nieuwe vergadering van het AB georganiseerd, tenzij we uitstel krijgen van de provincie. Voor die tijd worden de jaarstukken gedeeld met de ambtenaren en worden er spreekuren georganiseerd.

11. 1e bestuursrapportage 2022 Hecht

Het AB stelt de 1e bestuursrapportage 2022 vast.

12. Programmabegroting 2023

Het AB stemt in met de begroting en geeft de opdracht aan de directie om de brief met reactie op de zienswijzen te versturen.

13. Terugkoppeling n.a.v. rapport archiefinspectie

Het AB Hecht neemt kennis van het rapport Archiefinspectie (AB 22-27).

14. Beleid actieve openbaarmaking stukken AB DB en BAC's

Het AB Hecht neemt kennis van de acties met betrekking tot de Woo in relatie tot de stukken voor het DB, AB en adviescommissies.

Toezeggingen:

7. Ingekomen en verzonden brieven / Mededelingen / Ter kennisname

Dhr. De Gouw zegt toe dat bij de 2e Berap stil wordt gestaan bij de ontwikkelingen omtrent de dienstverlening JGZ.

Concept verslag

Extra vergadering Algemeen bestuur Hecht

d.d. 14 juli 2022

Aanwezig

Mw. C.G.J. Breuer, Teylingen (voorzitter)
Dhr. G.J. Schotanus, Alphen a/d Rijn
Dhr. J.A. van Rijn, Hillegom
Mw. J.C. Langeveld, Lisse
Dhr. D.T.C. Salman, Noordwijk
Dhr. E. Soetendal, Katwijk
Mw. F. Spijker, Leiden
Dhr. F.Q.A. van Trigt, Zoeterwoude
Dhr. T. van Tongeren, Oegstgeest
Mw. B.J.A. Leferink, Waddinxveen
Dhr. T. de Kleer, Nieuwkoop

Dhr. D.A.E. Christmas, Hecht
Dhr. E.A.P. Valk, Hecht
Mw. E. Starreveld, Hecht
Mw. G.A. Dijkstra, Hecht (verslag)

Afwezig:

Dhr. J.M.M. de Gouw, Hecht
Mw. A.J.S. van Popering, Gouda

1. Opening en vaststellen agenda

Mw. Breuer opent de vergadering.

Dhr. Schotanus stelt voor punt 2 en 4 niet te behandelen omdat niet alle portefeuillehouders aanwezig zijn. De voorzitter geeft aan dat punt 2 ter kennisname is en punt 4 slechts een procesopmerking (dus ter info). Afgesproken wordt punt 2 het volgende AB (oktober) nogmaals te agenderen; punt 4 wordt kort behandeld. De agenda wordt vervolgens vastgesteld.

2. Ingekomen stukken en verzonden brieven/ Mededelingen / Ter kennisname

- Manifest Preventie 2022

Dhr. Christmas geeft een toelichting op het Manifest Preventie 2022 en vertelt dat hij in Denemarken is geweest (debatten gevoerd, voorbeelden gezien): daar is dit Manifest uitgekomen wat vorige week aan de staatssecretaris is uitgereikt. Een aantal van de lessons learned zien heel erg op dezelfde thema's waar wij ook mee bezig zijn (programma Gelijke Kansen). Duurzaam investeren in preventie werkt echt: als je in de wijk aanwezig bent, met de bewoners in gesprek bent, dan heb je de meeste impact.

Dhr. Van Trigt vraagt of de gemeenten zich committeren aan dit manifest doordat dhr. Christmas dit namens Hecht onderschrijft; hij vraagt naar het proces hierin. Dhr. Christmas geeft aan dat dit een belangrijk aandachtspunt is dat nader bekeken zal worden; dit Manifest is overigens meer op persoonlijke titel ondertekend. Bekeken moet worden of dit zaken zijn waarbij Hecht aan DB of AB voorlegt of de portefeuillehouders ook positie zouden willen nemen (als Hecht zijnde). Hierover moeten afspraken gemaakt worden.

Afgesproken wordt dat dit in de vergadering van oktober verder wordt doorgesproken.

3. Jaarstukken

- Controleverklaring accountant

Dhr. Christmas geeft een korte toelichting: de accountant is tevreden, maar er zijn een aantal issues waarop we kunnen versterken op het gebied van interne procedures. De tip is meegegeven om geen kosten op tussenrekeningen te laten staan (in de coronasituatie).

De accountant heeft lang over de behandeling gedaan, met name door de enorme hoeveelheid werk die het coronawerk heeft veroorzaakt. De accountant heeft expliciet opgenomen dat de verantwoording naar VWS 100% rechtmatig / doelmatig is. De accountant verwacht geen nadere controles door VWS. V.w.b. de crisis Oekraïne wordt gekeken naar een goed bekostigingsmodel.

- Jaarstukken en resultaatsbestemming 2021

De directie heeft voorgesteld de resultaatsbestemming 2021 in de AB-vergadering van oktober aan de orde te laten komen. Een aantal gemeenten hebben de voorkeur vooruitlopend daarop nu reeds een deelbesluit te nemen over de teruggave van een deel van de Algemene Reserve. De meeste portefeuillehouders zijn echter van mening dat dit een belangrijk onderwerp is, dat in voltalligheid dient te worden besproken. Het gaat immers om de eerste resultaatsbestemming binnen de nieuwe afspraken. Een bestedingsplan voor de bestemmingsreserves is daarbij van belang. De directie zegt toe dit medio september ambtelijk voor te bereiden, zodat de (nieuwe) portefeuillehouders dit gesprek kunnen voorbereiden.

Als het AB het voorstel van de directie voor de resultaatbestemming overneemt, dan valt het EV binnen de afgesproken marge van 3-6 mln. Er is -naar verwachting- wel ruimte voor een teruggave aan de gemeenten, dat betreft de eerdere toezegging over de restantbudgetten VT 2019/20. Er loopt nog een discussie over een beperkt deel van de DUVO-middelen voor 2022; die moet nog afgerond worden met Gouda en Leiden.

Er zijn ambtelijk vragen gesteld over de bestemmingsreserves: afgesproken is in een uitputtingsvoorstel te laten zien hoe dit geld de komende 1 a 2 jaar besteed zal worden. Blijft ook hier geld over, dan kan dit ook terug naar de gemeenten.

Dit wordt in oktober verder besproken.

Opmerkingen die gemaakt worden zijn:

- De gemeente Gouda vindt het passend nu al 1 miljoen terug te geven aan de gemeenten; de directie Hecht adviseert dat nu niet te doen.
- Dhr. Schotanus dankt dhr. Christmas voor de (ambtelijke) toelichting en vindt het prettig dat het gesprek over de totale bestemmingsreserve verder gevoerd wordt in oktober. Alphen a/d Rijn is akkoord met de stukken, met dank.
- Mw. Leferink is blij met de toelichting en de positieve accountantsverklaring: prettig leesbaar, inzichtelijke cijfers, complimenten voor de stukken. Wat Waddinxveen betreft mag de 1 miljoen alvast verdeeld worden. Verder akkoord met de stukken.
- Dhr. Van Trigt merkt op dat corona een grote rol heeft gespeeld bij de GGD; hij geeft daarvoor een compliment aan de medewerkers van Hecht. Hij is blij met de toelichting van dhr. Christmas, wel jammer dat er pas in oktober een beslissing wordt genomen. Akkoord met de gang van zaken en met de jaarrekening.
- Mw. Spijker geeft complimenten voor de stukken en stemt in met het advies wat voorligt. De resultaatbestemming agenderen in oktober is prettig, want er is meer tijd nodig voor de DUVO-gelden. Mw. Spijker vraagt of het gebruikelijk is de accountant uit te nodigen bij het AB; dit zou in het vervolg prettig zijn.
- Mw. Langeveld geeft ook de complimenten voor de stukken, fijn dat dit overleg gepland is. Akkoord met het voorstel.
- Dhr. Soetendal is akkoord met de stukken; ze zien er goed uit. Het voorstel in oktober af te ronden wordt gesteund; liever in het vervolg eerder in het jaar.

Dhr. Christmas geeft aan dat de accountant dit keer niet kon aansluiten, maar voor de oktobervergadering wordt uitgenodigd.

Toezegging door Hecht: gezorgd wordt dat begin september e.e.a. is uitgewerkt, zodat de discussie in oktober met ambtelijke voorbereiding gevoerd kan worden.

Voor wat betreft de teruggave aan de gemeenten: de gemeente Waddinxveen voegt zich bij de mening van het merendeel van de andere gemeenten; dhr. Christmas neemt contact op met de gemeente Gouda hierover (dit is inmiddels per email gebeurd i.v.m. vakantie portefeuillehouder).

Het AB Hecht:

- neemt kennis van de controleverklaring van de accountant;
- stelt de Jaarstukken 2021 vast;
- stemt in met het voorstel om de resultaatbestemming te agenderen voor de vergadering van 19 oktober.

De voorzitter vraagt een ieder zich formeel schriftelijk te melden als AB-lid bij mw. Starreveld.

Noot van de secretaris: De jaarstukken zijn met een meerderheid van stemmen (39 v.d. 50) vastgesteld.

4. Gelijke kansen op Gezondheid

Dhr. Christmas merkt op dat de presentatie in de vorige vergadering niet doorging. Een besluit moet genomen worden: gaan we hier in stappen en maken we hier een regionale beweging op het gebied van Gelijke Kansen van.

Er zijn veel nieuwe portefeuillehouders met nieuwe college-akkoorden: wellicht is er behoefte om nogmaals in gesprek te gaan over dit onderwerp. Het voorstel is in de zomer door te gaan met de voorbereiding van de reeds geplande zaken, tot aan oktober.

Mw. Langeveld vraagt zich af als er 1 of 2 gemeenten niet positief zijn, er de vrijheid is om er niet in te stappen. Er is behoefte aan een inhoudelijk gesprek met de vrijheid er iets van te vinden; de vraag is of die ruimte er is.

Dhr. Christmas geeft aan dat als we het nu niet dieper uitwerken, we in oktober niet met een goed voorstel kunnen komen. Er is altijd een optie dat een gemeente niet meedoet, of in een bepaalde gradatie. Dit moet juist nog verder voorbereid worden.

Nieuwe portefeuillehouders die in gesprek willen kunnen zich melden bij dhr. Christmas.

Dhr. Van Trigt is gerustgesteld door dit antwoord van dhr. Christmas. De gemeente Zoeterwoude heeft twijfels wie dit op moet pakken (lokaal of Hecht); afbakening moet duidelijk gemaakt worden. Dus wel de volgende stap doen (verdiepen) en daarna kunnen zeggen wel of niet deel te nemen. Dhr. Christmas merkt op dat het geen aangelegenheid van Hecht wordt; het is iets van ons allen.

Dhr. Soetendal sluit aan bij mw. Langeveld en dhr. Van Trigt. Vrijheid voor eigen keuzes is belangrijk als de meerwaarde niet wordt ingezien of de financiële consequenties niet geaccepteerd kunnen worden. Dit voorbehoud wil de gemeente Katwijk graag maken.

Dhr. Soetendal geeft aan graag geïnterviewd te willen worden.

Het AB stemt in met de verdere uitwerking van de themabijeenkomsten in de nazomer (ambtelijk en portefeuillehouders)**5. Rondvraag en sluiting**

Dhr. Christmas heeft een uitnodiging gekregen van het Institute for Positive Health (i.s.m. Kaag en Braassem en Zoeterwoude) voor een werkbezoek met de directeur-generaal Volksgezondheid van VWS. Hij vraagt of het akkoord is dat hij hieraan deelneemt. Het AB is hiermee akkoord.

Mw. Breuer wenst een ieder een mooie vakantie en zij vraagt de dank en complimenten voor de jaarstukken over te brengen aan de medewerkers van Hecht.

De vergadering sluit om 16.45 uur.

BESLUITENLIJST van de extra vergadering van het Algemeen Bestuur van Hecht

Datum: 14 juli 2022

2. Ingekomen stukken

Manifest Preventie 2022: Afgesproken wordt dat dit in de vergadering van oktober verder wordt doorgesproken.

3. Jaarstukken

Het AB Hecht:

- neemt kennis van de controleverklaring van de accountant;
- stelt de Jaarstukken 2021 vast;
- stemt in met het voorstel om de resultaatbestemming te agenderen voor de vergadering van 19 oktober;
- spreekt af dat de accountant zal worden uitgenodigd voor de vergadering van 19 oktober.

Toezegging door Hecht: gezorgd wordt dat begin september e.e.a. is uitgewerkt, zodat de discussie in oktober met ambtelijke voorbereiding gevoerd kan worden.

4. Gelijke kansen op Gezondheid

Het AB stemt in met de verdere uitwerking van de themabijeenkomsten in de nazomer (ambtelijk en portefeuillehouders).

Algemeen Bestuur Hecht 14 september 2022

Aanwezige AB-leden

Dhr. D.A. de Haas, Zuidplas
Dhr. D. Binnendijk, Leiderdorp
Mevr. C.G.J. Breuer, Teylingen
Mevr. I. Bultman, Krimpenerwaard
Dhr. G. van Duin, Kaag en Braassem
Dhr. D. Knol, Bodegraven-Reeuwijk
Mevr. J. Langeveld, Lisse
Mevr. B.J.A. Leferink, Waddinxveen
Mevr. A. van Popering-Kalkman, Gouda
Dhr. J. van Rijn, Hillegom
Dhr. D.T.C. Salman, Noordwijk
Dhr. G. Schotanus, Alphen a/d Rijn
Dhr. E. Soetendal, Katwijk
Mevr. F. Spijker, Leiden
Dhr. T.I.M. van Tongeren, Oegstgeest
Dhr. R. Zoetemelk, Voorschoten

Aanwezig vanuit Hecht

Dhr. J.M.M. de Gouw
Dhr. D.A.E. Christmas
Dhr. H.P. Visch
Mevr. P.C. van Ommen
Mevr. P.W. de Jong
Mevr. E. Starreveld
Mevr. A.J. Elsendoorn-Sieben

1. Vaststellen agenda

De agenda wordt vastgesteld.

2. Aanwijzing leden DB Hecht en voorzitter en plaatsvervangend voorzitter AB/DB

Het Algemeen Bestuur van Hecht besluit dhr. De Haas te benoemen tot voorzitter van het Dagelijks en Algemeen Bestuur van Hecht, dhr. Schotanus te benoemen tot plaatsvervangend voorzitter van het Dagelijks en Algemeen Bestuur en mevr. Breuer, mevr. Van Popering, dhr. Van Rijn, mevr. Spijker en dhr. Van Trigt toe te laten tot het Dagelijks Bestuur van Hecht.

3. Besluitvorming omtrent leden van bestuursadviescommissies Hecht

Er zijn nog geen leden voor de auditcommissie bekend. In de vergadering biedt dhr. Knol aan om lid te worden van de auditcommissie, waarvoor instemming van het AB wordt gegeven. Dit betekent dat er nog 2 leden nodig zijn; waarvan 1 DB lid en 1 AB lid. Gegadigden kunnen zich melden bij dhr. De Haas.

De Bestuurlijke Advies Commissie Zorg en Veiligheid (BAC ZV), wordt met instemming van het Algemeen Bestuur, voorgezeten door dhr. E. Nieuwenhuis.

Het Algemeen Bestuur besluit om dhr. de Kleer, mevr. Van Popering, dhr. Soetendal en dhr. Zoetemelk namens het AB toe te laten tot de BAC ZV. Overige leden die worden toegelaten tot de BAC ZV zijn dhr. Lenferink, mevr. Spies en mevr. Spruit.

De Bestuurlijke Advies Commissie Publieke Gezondheid (BAC PG), wordt met instemming van het Algemeen Bestuur, voorgezeten door mevr. Langeveld.

Het Algemeen Bestuur besluit om dhr. Binnendijk, mevr. Bultman, dhr. van Duin, dhr. de Kleer, dhr. Knol, dhr. Soetendal en dhr. van Tongeren namens het AB toe te laten tot de BAC PG. Tijdens de vergadering wordt mevr. Wietsma toe gelaten tot de BAC PG.

4. Rondvraag en sluiting

Er worden vragen gesteld rondom de Covid-activiteiten. Dhr. de Gouw licht toe dat Hecht nog steeds beschikt over BCO-medewerkers, test- en vaccinatiestraten. Binnenkort wordt er gestart met het zetten van herhaalprikken waarbij er leeftijdsgebonden wordt uitgenodigd. In het Leidsch Dagblad (d.d. 13 september 2022) verscheen een artikel over de inzet van Hecht tijdens de pandemie en de komende activiteiten. Covid is nog steeds aanwezig in de maatschappij, daarvan is Hecht zich bewust en dit zal onderdeel blijven van de uitdaging waar Hecht voor staat. Frequent worden er nieuwsbrieven verzonden, dat zal zolang Covid nog onderdeel uitmaakt van het werk zo blijven. Daarnaast heeft Hecht een grote rol bij de opvang van ontheemden uit Oekraïne en de opvang van asielzoekers. Zo zijn er triageteams gestart die de huisartsen ontlasten van extra werk en is er bij de Oekraïense ontheemden gestart met de inzet van psychosociale hulpverlening ondersteund door professionals uit Oekraïne.

Er zijn geen verdere vragen.

De vergadering wordt gesloten.



Aan : Algemeen Bestuur Hecht
Van : Directie Hecht
Opgesteld door : Directiesecretaris Hecht
Datum : 6 oktober 2022
Betreft : **Schriftelijke mededelingen**

Doel van deze memo is om de tijd voor het onderdeel mededelingen te kunnen beperken zodat er meer besprekingsruimte resteert voor de overige besprekingspunten.

A. Wijziging structuur medezeggenschap

In overleg met de huidige medezeggenschapsorganen, de COR, OR GGBS en de OR RAV, is overeenstemming bereikt over een nieuwe structuur voor de medezeggenschap. Deze nieuwe structuur sluit aan bij de structuur van de organisatie, zoals die sinds 2021 is gevormd. Met ingang van 1 september 2022 bestaat de medezeggenschap van Hecht uit één OR met per RVE een onderdeelcommissie. Vanaf die datum geldt een transitieproces dat loopt tot 2025. Tot dat moment lopen de huidige zittingstermijnen van de (centrale) ondernemingsraden. Op dit moment worden verkiezingen voorbereid voor het opvullen van vacante posities als gevolg van de transitie.

B. Verhuizing ambulancemuseum

Bij de realisatie van de hoofdvestiging van de RAV Hollands Midden in 2011 moest de ruimte direct grenzend aan de Vondellaan in de huur van het totale pand worden meegenomen, hoewel op dat moment voor de dienst zelf geen directe behoefte aan deze ruimte bestond. De collectie van het nationaal ambulance en Eerste Hulp museum was op dat moment verspreid over Nederland en het bestuur was zoekende naar een geschikte expositieruimte.

Hecht heeft daarop de expositieruimte, deels gecombineerd met een vergaderruimte, om niet beschikbaar gesteld aan het museum.

De jaarlijkse kosten voor de huisvesting van het museum zijn tot nog toe beperkt gebleven (schoonmaak, huur, verzekeringen) en zijn gedekt door de zorgverzekeraars binnen de normale exploitatiekosten van het pand aan de Vondellaan.

Het bestuur van het museum staat volledig los van Hecht. Het museum is ingericht en wordt onderhouden en gerund door vrijwilligers. Sinds de opening is het museum beperkt opengesteld geweest en in wisselende mate bezocht.

Recent heeft het bestuur van het museum besloten volgend jaar de collectie naar een andere locatie in Nederland te gaan overbrengen. De verwachting is dat oude ambulances en de eerste hulp middelen tegen de zomer van 2023 zullen zijn verplaatst.

Voor Hecht betekent dit dat er meer ruimte beschikbaar komt, die op een goede manier benut zou kunnen gaan worden. Er is o.a. behoefte aan vergaderruimte en ruimte voor opslag van materialen. In de aanloop naar het vertrek van het museum wordt een en ander verder uitgewerkt.

C. AEF onderzoek capaciteit IZB

De programmadirectie Pandemische Paraatheid (VWS) wil inzicht krijgen in de benodigde investeringen om de basis van de reguliere infectieziektebestrijding te versterken en om op termijn de paraatheid van de GGD'en voor volgende pandemieën te vergroten. Een van de bouwstenen in het versterken van de GGD'en is het uitvoeren van een onderzoek naar de huidige capaciteit



(kwantitatief en kwalitatief) van de IZB bij GGD'en (peiljaren 2019 en 2022) en naar welke normen er zijn gesteld voor infectieziektebestrijding. Dit onderzoek wordt de komende periode door Andersson Elffers Felix uitgevoerd. Hierbij zal ook nadrukkelijk worden gekeken naar geleerde lessen uit de COVID-periode over de capaciteit (kwantitatief en kwalitatief), de organisatie van de reguliere IZB en de pandemische paraatheid.

Voor het onderzoek naar de capaciteit IZB doet AEF een uitvraag bij de GGD'en en worden interviews gehouden die zowel ingaan op de kwantitatieve als kwalitatieve duiding hiervan en geleerde lessen. Daarnaast worden er rondetafelsessies gehouden over de geleerde lessen en verschillen tussen GGD'en.

D. Uitnodiging raadsinformatiebijeenkomst Hecht

In reactie op de ingediende zienswijzen organiseert Hecht aan najaarsbijeenkomsten voor raads- en commissieleden om nader kennis te maken met de organisatie Hecht en kennis te nemen van de baten uit het investeringsprogramma Hecht24. Graag nodigen wij uw raads- en commissieleden van harte uit op 17 of 24 oktober in de Museumzaal aan de Vondellaan 43 te Leiden. Ook u, als AB-lid, bent van harte welkom.



Geachte raadsleden,

We nodigen u van harte uit voor een bijeenkomst over de gemeenschappelijke regeling Hecht. Hecht bestaat uit de GGD, de RAV, de GHOR en het ZVH in de regio Hollands Midden.

Graag lichten we tijdens deze bijeenkomst toe wie we zijn en waar we voor staan. We gaan ook nader in op het ontwikkelprogramma Hecht24 dat nu zo'n 2 jaar op volle toeren draait. De bijeenkomst sluiten we af met een netwerkborrel zodat er ook ruimte is om elkaar te ontmoeten.

We ontvangen u graag op maandag 17 oktober of maandag 24 oktober in de Museumzaal RAV, Vondellaan 43. U kunt zich voor één van deze data inschrijven door dit kenbaar te maken bij uw griffier.

Directie Hecht

Sjaak de Gouw en Dennis Christmas

Programma:

16.45 uur - Inloop

17.00 uur - Start programma

17.10 uur - Wie is Hecht

17.40 uur - Hecht en de raad

18.00 uur - Start netwerkborrel

19.00 uur - Einde



E. Ontvangen Woo-verzoek

Op 6 september 2022 ontvingen alle GGD'en in Nederland van een journalist van het NRC Handelsblad een Woo-verzoek over GGD-adviezen op ruimtelijke plannen. Verzocht werd om de volgende informatie aan te leveren: "Alle adviezen, gezondheidkundige beoordelingen en memo's van uw GGD aan gemeenten of andere overheden betreffende de gezondheidseffecten en -risico's van ruimtelijke plannen (waaronder bestemmingsplannen, wijzigingen van bestemmingsplannen, omgevingsvisies en omgevingsplannen) over de periode 2016-2022, inclusief eventuele conceptadviezen of voorlopige adviezen." In de begeleidende mail schrijft de journalist: "Wat mij betreft hoeven we mijn verzoek echter niet als een formeel WOO-verzoek te behandelen. Als u mij de rapporten kunt sturen zonder officiële WOO-procedure is dat wat mij betreft ook prima, en zal ik mijn WOO-verzoek intrekken. Ik treed dus graag in overleg over hoe we mijn verzoek het beste kunnen behandelen."

Er is namens alle GGD'en overleg geweest met de journalist over het Woo-verzoek. In overleg met juristen die gespecialiseerd zijn in Woo-verzoeken is ervoor gekozen om de journalist te vragen om te kiezen voor de informele afhandeling van het informatieverzoek. Alle GGD'en in Nederland kiezen voor de informele afhandeling. Daarnaast is in de afspraak over de informele afhandeling van het informatieverzoek opgenomen dat het alleen om definitieve adviezen gaat en dat correspondentie over de adviezen niet binnen de reikwijdte van het verzoek valt.

In de periode tot half oktober zal GGD Hollands Midden de definitieve aan gemeenten uitgebrachte GGD-adviezen over ruimtelijke plannen inventariseren en verzamelen. AVG-gevoelige informatie zal uit deze adviezen worden weggelakt. Omdat het gaat om adviezen aan gemeenten over gemeentelijke plannen zal de GGD de inventarisatielijst per gemeente delen met het betrokken gemeentelijk beleidsdomein voorafgaand aan verzending van de informatie naar de journalist.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

3439843-1035494-CZ

Bijlage(n)

5

Datum 3 oktober 2022
Betreft Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte voorzitter,

Deze brief bevat de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg.

Samenvatting

Kwalitatief goede acute zorg onder alle omstandigheden voor iedereen in Nederland toegankelijk houden: dat is het doel dat ik met de acties uit de beleidsagenda acute zorg wil bereiken. De kwaliteit en toegankelijkheid staan onder druk door toenemende vraag naar spoedzorg en schaarste aan zorgmedewerkers. Verandering is nodig om ervoor te zorgen dat iedereen die dat nodig heeft tijdig goede acute zorg kan ontvangen op de juiste plek: van de huisarts, huisartsenpost (HAP), ggz, wijkverpleging, ambulance, spoedeisende hulp (SEH), verloskundige, apotheek of één van de andere partijen in de brede keten van acute zorg.

Deze verandering kan alleen worden bereikt als partijen in de zorg samenwerken met goede en toegankelijke zorg voor de patiënt als doel. Daarom ben ik blij dat ik met partijen afspraken heb gemaakt in het integraal zorgakkoord (IZA) over acute zorg. De acties uit deze beleidsagenda zijn volledig in lijn met en bouwen voort op de afspraken uit het IZA.

Deze beleidsagenda bevat acties op drie kernpunten: 1) kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg, 2) zorgcoördinatie en 3) samenwerking in de regio.

1. De kwaliteit van de acute zorg kan en moet voor iedereen in Nederland van goede kwaliteit zijn. Op kwaliteit mag ook door drukte niet worden ingeboet. Daarom zet ik in op het doorontwikkelen van kwaliteitsnormen voor de hele keten, naleving van kwaliteitsnormen en inzicht in gegevens over kwaliteit. De niet-medisch onderbouwde 45-minutennorm wordt op termijn afgeschaft. In plaats daarvan worden medisch onderbouwde kwaliteitsnormen ontwikkeld voor tijdkritische

aandoeningen. Daarnaast onderzoek ik of aanvullende maatregelen nodig zijn om de toegankelijkheid van zorg te borgen in regio's waar deze onder druk kan komen te staan, zoals in de regio's aan de grenzen van ons land. Als we alle Nederlanders dezelfde hoge kwaliteit van zorg willen bieden, zijn keuzes over "waar doen we wat" onvermijdelijk. Daarbij moeten we beseffen dat het niet haalbaar is om alle vormen van acute zorg op elke plek in Nederland te verlenen.

2. Ik heb aan partijen gevraagd te verkennen onder welke voorwaarden het mogelijk is om vanaf het derde kwartaal van 2023 zorgcoördinatie landsdekkend in te richten. Het doel van zorgcoördinatie is dat patiënten met een spoedzorgvraag snel en op de juiste plek worden geholpen, dat er beter zicht en sturing is op capaciteit in de regio, dat opstopping wordt voorkomen en de doorstroom van patiënten in de acute zorgketen verbetert. Ik streef daarom ook naar structurele inbedding van de functies van regionaal en landelijk inzicht in zorgcapaciteit, het vroegtijdig signaleren, afwenden of opvangen van komende drukte en van de mogelijkheid om zo nodig regionaal of landelijk patiënten te spreiden.
3. Samenwerking tussen partijen in de keten is nodig, maar elke regio heeft zijn eigen specifieke opgaven en uitdagingen. Daarom heb ik in het IZA met partijen afgesproken dat elke ROAZ-regio een ROAZ-beeld opstelt dat inzicht biedt in de situatie en de knelpunten in de acute zorg in deze regio. Op basis daarvan stellen partijen een ROAZ-plan op over het toekomstbestendig organiseren van de acute zorg in de regio. In dit plan worden in ieder geval afspraken gemaakt over zorgcoördinatie, het verhogen van de kwaliteit en het naleven van kwaliteitsnormen, differentiatie, concentratie en spreiding en gezamenlijke voorzieningen in de keten (zoals een spoedplein/integrale spoedpost).

Daarnaast zet ik acties in op een aantal randvoorwaarden. Met regelgeving en subsidie wordt gewerkt aan het verbeteren van gegevensuitwisseling, ik ga onderzoeken wat de kansen en risico's zijn van een mogelijke aanpassing van kaders voor de bekostiging en inkoop van acute zorg en ik ga verkennen welke aanvullende instrumenten de overheid in kan zetten om samenwerking in de acute zorg te versnellen, mocht dit nodig blijken te zijn. Ook zet ik, samen met de minister voor Langdurige Zorg en Sport (LZS), in op behoud en opleiding van zorgmedewerkers. Want zonder al die zorgmedewerkers die, soms onder hoge druk, hun werk doen, zijn we nergens.

Ik ga de ontwikkelingen in de acute zorg en het effect van beleid monitoren. Ik wil samen met betrokken partijen, stap voor stap de noodzakelijke veranderingen in de acute zorg realiseren.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

1. Inleiding

1.1 Kwalitatief goede en toegankelijke acute zorg voor iedereen

Waar in Nederland je ook woont, werkt en leeft, de kwaliteit van acute zorg zou overal hoogwaardig en gelijkwaardig moeten zijn. De kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg zijn echter niet vanzelfsprekend; de houdbaarheid van de acute zorg staat onder druk. Personeelskrapte in de sector en de toenemende zorgvraag

door vergrijzing dwingen ons om na te denken over hoe de acute zorg effectiever en efficiënter in de keten georganiseerd kan worden. Dat is beter voor de gezondheidsuitkomsten van de patiënt en beter voor de hard werkende zorgmedewerkers. Het is nodig om te werken aan een toekomstbestendige acute zorg: een flinke opgave uit het coalitieakkoord. De Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) stelt dat er weloverwogen keuzes nodig zijn om de groei van zorg te kunnen begrenzen.¹ Ik vind het essentieel dat de toegankelijkheid van kwalitatief goede acute zorg voor de patiënt wordt geborgd. Belangrijk is dat we daarbij ook oog hebben voor het behoud van zorgmedewerkers en ervoor zorgen dat zij plezier en voldoening uit hun werk halen.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

1.2 Lessen uit de Covid-19 pandemie

Tijdens de Covid-19 pandemie hebben we gezien wat het betekent als de druk op de acute zorg hoog is. We hebben geleerd hoe belangrijk de geïntensiveerde samenwerking tussen partijen is en hoe cruciaal de rol van de Regionale Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ-en) en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) is in tijden van crisis. De toekomstige ontwikkelingen rondom Covid-19 zijn onzeker, maar we weten wel dat de (acute) zorgvraag de komende jaren zal toenemen en dat we voorlopig kampen met een schaarste aan zorgmedewerkers. De impact van deze ontwikkelingen op de zorg komt niet zo onverwacht als de gevolgen van de Covid-19 pandemie, maar de gevolgen kunnen soortgelijk zijn. De schaarste wordt op plekken in Nederland al gevoeld en deze zal alleen maar groter worden als er niets verandert. Laten we voorkomen dat deze schaarste resulteert in nog meer werkdruk voor zorgmedewerkers, steeds meer knelpunten in de toegankelijkheid en lagere kwaliteit van zorg voor patiënten.

1.3 Uitgangspunten voor een toekomstbestendige acute zorg

In deze brief informeer ik u over de aanpak voor de acute zorg. De uitgangspunten die centraal staan bij mijn beleid voor de acute zorg, heb ik u al eerder geschetst in een brief in het voorjaar.² Ze hebben als doel om ervoor te zorgen dat voor iedereen die dat nodig heeft, kwalitatief goede acute zorg tijdig beschikbaar is. De uitgangspunten luiden als volgt:

1. Acute zorg vergt samenwerking in de keten;
2. Acute zorg moet van goede kwaliteit zijn;
3. De schaarste aan personeel stelt eisen aan de inrichting van de acute zorg;
4. Data vormen de basis voor de kwaliteit en de inrichting van de acute zorg;
5. Zorgcoördinatie is nodig voor de juiste acute zorg op de juiste plek;
6. Spreiding en differentiatie van het aanbod van acute zorg draagt bij aan kwaliteit en toegankelijkheid;
7. Acute zorg moet doelmatig ingericht zijn.

1.4 Aanpak met betrekking tot acute zorg

Zoals toegezegd, werk ik bovenstaande uitgangspunten uit in deze brief. Op basis van deze uitgangspunten kom ik tot een aanpak voor de acute zorg. Ik kies daarbij voor een geleidelijke aanpak. Geen grand design, niet in één keer de acute zorg compleet hervormen, maar een dynamisch proces van steeds verder

¹ WRR, "Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak", 2021.

² Kamerbrief, "Toekomstbestendige acute zorg", Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 341.

verbeteren, stap voor stap, op basis van nieuwe ontwikkelingen in de vraag naar zorg, de beschikbaarheid van zorgmedewerkers, kwaliteitsnormen, samenwerkingsverbanden, technische mogelijkheden en andere kansen en beperkingen. Feiten zijn daarbij leidend. Gebrek aan kennis en cijfers kan belemmerend werken en dat wil ik voorkomen. Bij alle veranderingen en acties moet steeds leidend zijn wat deze bijdragen aan kwaliteit van zorg voor de patiënt, aan de juiste zorg op de juiste plek én aan een zorgvuldige en doelmatige inzet van mensen en middelen.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

In het kader van deze aanpak beschrijf ik acties met betrekking tot kwaliteit en toegankelijkheid (hoofdstuk 2), zorgcoördinatie (hoofdstuk 3) en samenwerking in de regio (hoofdstuk 4). Daarnaast kom ik tot acties op een aantal randvoorwaarden zoals innovatie (hoofdstuk 5), bekostiging (hoofdstuk 6), regie (hoofdstuk 7) en behoud en opleiden van zorgmedewerkers (hoofdstuk 8). Op diverse plaatsen in deze brief zal mijn reactie op en omgang met het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over passende acute zorg aan de orde komen.³

1.5 Scope van de brief

Acute zorg is de verzamelnaam voor alle soorten zorgvragen die in de beleving van de patiënt acuut een antwoord nodig hebben. Slechts een beperkt deel van deze zorgvraag betreft zorg die zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, moet worden verleend om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen. Acute zorg kan het beste integraal worden gezien en zo nodig in samenhang worden geleverd. Het gaat bijvoorbeeld om huisartsenzorg, ambulancezorg, medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, verloskunde, farmaceutische zorg, gehandicaptenzorg, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, verpleeghuiszorg, hulpmiddelenzorg en thuiszorg. Al deze vormen van zorg zijn soms acuut nodig. In deze brief gaat het over acute zorg in deze brede zin. Knelpunten op bepaalde plekken in de keten moeten er niet toe leiden dat patiënten daardoor op een andere plek in de keten worden opgevangen. Dan is de patiënt niet op de juiste plek én wordt de druk op bijvoorbeeld huisartsenposten en SEH's nog groter. Hoewel in deze brief de focus ligt op bepaalde vormen van acute zorg, is het bij de uitwerking van de acties van belang om de gehele keten in samenhang te bezien. Daarbij gaat het in eerste instantie van de keten van acute zorg, maar er is uiteraard ook samenhang met de bredere zorgketen.

Deze brief gaat niet specifiek in op de rol van de acute zorg bij rampen en crises, maar opgeschaalde zorg komt wel op onderdelen aan de orde. Acute zorg vervult immers een belangrijke rol in tijden van rampen en crises. De brief gaat niet in op (acties ten aanzien van) voorkomen van acute zorg. In het IZA zijn hier wel afspraken over gemaakt. De brief gaat ook niet over duurzaamheid van de acute zorg.

1.6 Totstandkoming van deze brief

Voor de totstandkoming van deze brief zijn diverse partijen geconsulteerd en is geput uit adviezen en onderzoek over de acute zorg. Zo heb ik de belangrijkste stakeholders in de sector gesproken over de uitgangspunten van mijn beleid en de

³ NZa, "Passende acute zorg", Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 348.

aanpak die hierbij zou kunnen worden gekozen. Tevens zijn een aantal ideeën uit de Houtskoolschets en uit de internetconsultatie daarvan meegenomen in mijn beleid, zoals op het gebied van zorgcoördinatie.⁴

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Ter onderbouwing van mijn beleid op het gebied van de acute zorg heb ik het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gevraagd om een kwantitatief overzicht op te leveren van de vraag naar, het aanbod van en het gebruik van acute zorg, zowel retrospectief als van de huidige situatie. Hiertoe heeft het RIVM op 9 juni 2022 een uitgebreid overzicht opgeleverd, dat ik op 7 juli jl. naar uw Kamer heb gestuurd.⁵ In bijlage 1 treft u een overzicht aan van ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van acute zorg, waarvoor ik onder andere heb geput uit het overzicht van het RIVM. Bijlage 2 bevat een overzicht van de moties en toezeggingen die met deze brief worden afgedaan. Als bijlage 3 en 4 zijn een implementatieplan over de verbeterde urgentie-indeling en een notitie over het gebruik van kunstmatige intelligentie van Ambulancezorg Nederland (AZN) toegevoegd. Bijlage 5 is de eindrapportage van het programma pilots zorgcoördinatie.

2. Kwaliteit en toegankelijkheid

2.1 Inleiding

Zoals ik al aangaf moet iedereen in Nederland goede acute zorg kunnen krijgen. Ontwikkelingen op het gebied van triage, diagnostiek en behandeling hebben de afgelopen jaren een positief effect gehad op de kwaliteit. Elke dag werken zorgmedewerkers aan het leveren van zorg van goede kwaliteit aan patiënten die met spoedvragen bij de huisarts, geestelijke gezondheidszorg (ggz), wijkverpleegkundige, huisartsenpost, dienstapothek of SEH komen.⁶ Ik heb waardering voor alle medewerkers die zich inzetten om hun werk, soms onder grote druk, goed uit te voeren en patiënten tijdig te helpen bij hun spoedzorgvraag.

Kwaliteit van acute zorg kent veel aspecten. Het is belangrijk dat een patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt en daarvoor de juiste informatie op de juiste plek aanwezig is. We hebben goed opgeleide en bekwame zorgmedewerkers nodig die, waar mogelijk, samen met de patiënt beslissen over de meest passende behandeling. Het is van belang dat zorgverleners voortdurend kunnen leren en verbeteren aan de hand van (kwaliteits)informatie, bijvoorbeeld over wat het effect van hun handelen is op de ervaren kwaliteit van leven van patiënten. Voor de bekwaamheid van zorgmedewerkers is het ook wenselijk dat zij geregeld patiënten met dezelfde aandoening zien. En voor sommige complexe aandoeningen is zo'n complexe behandeling nodig, inclusief benodigde faciliteiten, dat het voor de kwaliteit van zorg het beste is dat deze patiënten in een gespecialiseerd ziekenhuis worden geholpen. Daarnaast kan ook tijdigheid van acute zorg een aspect zijn van kwaliteit: het kan voor de gezondheidssuitkomsten van de patiënt immers van cruciaal belang zijn dat op tijd de juiste zorg wordt verleend.

We moeten beseffen dat het niet haalbaar en ook niet nodig is om alle vormen van

⁴ Kamerstukken II, 2019/20, 29 247, nr. 314 en 2020/21, 29 247, nr. 329.

⁵ RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", Kamerstukken II, 2021/22, 29 247 nr. 361.

⁶ NZa, "Informatiekaart acute zorg", Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 349.

acute zorg op elke plek in Nederland te verlenen. Voor veel mensen zal het een veilig gevoel geven als er een huisartsenpost of SEH om de hoek zit. Dit is echter een schijnveiligheid, als de veiligheid en kwaliteit van acute zorg niet kan worden geborgd. Hiervoor zijn voldoende bekwame zorgmedewerkers nodig om deze zorg te verlenen. Het toegankelijk (in de zin van beschikbaar voor de patiënt) houden van kwalitatief goede acute zorg, vraagt dus om het vinden van een goede balans tussen zorgvraag, beschikbaarheid van voldoende zorgmedewerkers met voldoende ervaring, een juiste plek met juiste faciliteiten en het borgen van kwaliteitsnormen, inclusief tijdigheid van zorg voor specifieke tijdskritische aandoeningen. Dit vraagt om heldere kwaliteitsnormen, inclusief naleving en handhaving daarvan, zodat iedere burger bij acute klachten kan rekenen op goede acute zorg. Deze balans is niet overal in het land even makkelijk te creëren of te borgen, denk bijvoorbeeld aan de regio's aan de grens.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Op 29 juni jl. hebben de minister voor Langdurige Zorg en Sport en ik u een brief gestuurd over de visie van het kabinet op de kwaliteit van de zorg en onze voornemens op dat gebied voor deze kabinetsperiode.⁷ De aanpak en concrete voorstellen uit deze brief zijn in hoge mate ook van toepassing op de acute zorg. Voor de verdere uitwerking van deze voorstellen verwijs ik u naar die brief. Voor de acute zorg zijn er aanvullend specifieke aandachtspunten op het gebied van kwaliteit die ik hieronder verder toelicht.

In dit hoofdstuk schets ik de ontwikkelingen en acties op het gebied van kwaliteit. Eerst ga ik in op bestaande kwaliteitskaders en acties met betrekking tot het kwaliteitskader spoedzorgketen en de normen voor multitraumazorg. Vervolgens ga ik in op de huidige bereikbaarheidsnorm voor SEH's en acute verloskunde en schets ik mijn voornemens op dat gebied. Tenslotte ga ik in op kwaliteitsregistraties en naleving van kwaliteitsnormen.

2.2 Kwaliteitskaders voor de acute zorg

Voor de acute zorg is er een aantal relevante kwaliteitskaders, waarin door partijen wordt beschreven wat goede zorg is en worden aanvullende kaders ontwikkeld.

1. In 2020 is het Kwaliteitskader Spoedzorgketen vastgesteld dat de samenwerking tussen ketenpartners beschrijft en de minimale vereisten voor de (regionale) organisatie van de spoedzorg voorschrijft.⁸
2. Voor de acute ggz is sinds 2020 een aparte kwaliteitsstandaard van toepassing: de generieke module acute psychiatrie (GMAP). Deze zomer is de inhoudelijke evaluatie gestart van de GMAP door de Alliantie Kwaliteit in de ggz (Akwa GGZ).
3. Ook de ambulancezorg heeft een kwaliteitskader: Kwaliteitskader ambulancezorg 1.0. Jaarlijks worden de metingen van de kwaliteit gepubliceerd op de website van Ambulancezorg Nederland (AZN). Dit kwaliteitskader zal doorontwikkeld worden tot een versie 2.0 in 2023, met een volledige set van signalen, definitieve streefwaarden voor de eerste 13 signalen en een nieuw implementatieplan voor de daarop volgende jaren.
4. Voor de geboortezorg is er de Zorgstandaard integrale geboortezorg.

⁷ Kamerbrief "Visie en agenda kwaliteit van zorg: toegang tot goede zorg voor iedereen", Kamerstukken II, 2021/22, 31 765, nr. 648.

⁸ ZIN, "Kwaliteitskader Spoedzorgketen", februari 2020.

5. De KNMP werkt aan een definitie en bereikbaarheidsnorm voor farmaceutische spoedzorg. Deze zullen uiteindelijk een plek krijgen in de Professionele Standaard Farmaceutische Zorg.
6. Tevens hebben beroepsverenigingen richtlijnen ontwikkeld voor diverse vormen van acute zorg.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

De gerealiseerde kwaliteitskaders zijn opgenomen in het register van het Zorginstituut Nederland (ZIN). Zorgaanbieders moeten voldoen aan de afspraken uit de kaders en ze gelden als leidraad voor de inkoop van zorgverzekeraars.

2.2.1 Kwaliteitskader Spoedzorgketen

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijft hoe partijen in de zorg met elkaar samenwerken om iedere patiënt met een acute zorgvraag 24/7 zorg van goede kwaliteit te bieden. In het Kwaliteitskader zijn deels bestaande, deels nieuwe veldnormen opgenomen. Organisaties van zorgaanbieders, professionals, patiënten en zorgverzekeraars, verenigd in de Landelijke Spoedzorgtafel hebben een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van het Kwaliteitskader. Het LNAZ en het ZIN hebben hierbij een coördinerende en faciliterende rol op zich genomen. Inmiddels zouden bijna alle normen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen geïmplementeerd moeten zijn door de ketenpartijen of komt de implementatiedatum dichtbij. Ik heb in juni 2022 een beeld ontvangen van de implementatie van het Kwaliteitskader bij SEH's op basis van een uitvraag.⁹ Dit liet zien dat slechts 35 van de ondervraagde 80 ziekenhuizen de normen voor SEH's uit het Kwaliteitskader in het voorjaar 2022 volledig geïmplementeerd hadden of verwachtten dat per 1 juli 2022 te hebben gedaan (de uiterste implementatiedatum voor enkele afspraken). Dit geeft aan dat er bij een groot deel van de SEH's nog aandacht nodig is voor het implementeren van de normen. De uitvraag geeft geen inzicht in de mate waarin andere partijen uit de keten de normen uit het Kwaliteitskader hebben geïmplementeerd. Mede gezien de uitkomsten van de uitvraag van het RIVM, vind ik het van belang dat er een goed beeld is van de naleving van de normen en dat het gesprek wordt gevoerd over acties die nodig zijn om de implementatie van de normen en de kwaliteit van de acute zorg verder te verbeteren.

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen kan op diverse onderdelen worden uitgebreid en doorontwikkeld door de partijen in de Landelijke Spoedzorgtafel. Ten eerste moeten de ontwikkelingen met betrekking tot zorgcoördinatie en verdergaande samenwerking in de keten op termijn een plek in dit kwaliteitskader krijgen. Ook het verbinden van het Kwaliteitskader met acute psychiatrie, wijkverpleging en langdurige zorg en met farmaceutische spoedzorg kan de kwaliteit van de zorg vergroten. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen zal moeten worden voorzien van een informatieparagraaf, omdat dat sinds 1 juli 2021 een vereiste is om aan het toetsingskader voor kwaliteitskaders van het ZIN te voldoen. Als laatste zie ik mogelijkheden in de aanscherping van de norm voor vereiste expertise op de SEH. De minimumnorm in het kader is dat op een SEH ten minste een basisarts (AIOS of ANIOS) aanwezig is met minimaal één jaar klinische ervaring. Over deze minimumnorm is veel gesproken en eerder was het voorstel om de norm op een basisarts met minimaal twee jaar ervaring te zetten, maar dat bleek op dat moment niet haalbaar om te implementeren. Daarom is uiteindelijk deze norm

⁹ RIVM, "Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2022", Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 361.

vastgesteld, die door sommigen 'mager' wordt genoemd.¹⁰ Ook ik vind deze norm mager.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

2.2.2 Acties Kwaliteitskader Spoedzorgketen

- Ik verwacht van zorgaanbieders dat zij op korte termijn voldoen aan de normen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Ik verwacht van zorgverzekeraars dat zij bijdragen aan de realisatie van de normen, bijvoorbeeld met hun inkoop en contractering.
- Daarnaast vraag ik de partijen verenigd in de Landelijke Spoedzorgtafel om te werken aan uitbreiding en doorontwikkeling van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en om daar bovenstaande aandachtspunten bij te betrekken. Ik vraag het LNAZ en het ZIN om hen daarbij te ondersteunen.
- Zo nodig zal ik deze doorontwikkeling op de Meerjarenagenda van het ZIN plaatsen, zodat deze doorontwikkeling indien nodig met doorzettingsmacht tot stand kan komen.

2.3 Multitraumazorg concentreren in traumacentra

Meervoudig gewonde patiënten worden in Nederland behandeld in een traumacentrum, omdat de zorg die daar kan worden verleend het beste is voor de gezondheidssuitkomsten van de patiënt. Dat is het doel dat we willen bereiken. De norm die daarom door het ZIN is vastgesteld is dat minstens 90% van de multitraumapatiënten direct in een traumacentrum wordt gepresenteerd.¹¹ Deze norm wordt structureel niet gehaald. In 2020 werd slechts 71% van de multitraumapatiënten naar een traumacentrum gebracht (zie ook bijlage 1). Ik vind dat we ons er niet bij neer mogen leggen dat deze norm niet wordt gehaald. Daarvoor zijn de gezondheidseffecten op patiënten te groot.¹²

2.3.1 Acties multitraumazorg

Ik heb in het IZA het volgende afgesproken met partijen:

- Zorgaanbieders en zorgprofessionals maken concrete afspraken om ervoor te zorgen dat alle multitraumapatiënten (Injury Severity Score (ISS) >15) worden behandeld in een level 1 traumacentrum, met de gestelde regionale norm van 90% als absolute ondergrens.
- Het ZIN komt in samenspraak met de direct betrokken zorgpartijen uiterlijk in het eerste kwartaal van 2023 met een advies hoe de implementatie van deze bestaande norm kan worden bevorderd. Alle level 1 traumacentra dienen te voldoen aan de minimumnorm van 240 patiënten per locatie per jaar; locaties die niet voldoen mogen vanaf 1 januari 2024 geen multitraumazorg meer leveren. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet hierop toe.

Daarnaast nog het volgende:

¹⁰ ZIN, "Kwaliteitskader Spoedzorgketen", februari 2020.

¹¹ ZIN, "Spoed moet goed: indicatoren en normen voor zes spoedzorgindicaties", december 2015.

¹² Zie bijvoorbeeld Hietbrink e.a., "The evolution of trauma care in the Netherlands over 20 years, European Journal of Trauma and Emergency Surgery", 2019 en Twijnstra e.a., "Regional Trauma System Reduces Mortality and Changes Admission Rates, Annals of Surgery", 2010.

- Ik verwacht van zorgverzekeraars dat zij bijdragen aan de realisatie van de normen voor multitraumazorg, bijvoorbeeld met hun inkoop en contractering.
- Het ZIN zet onder andere in op het optimaliseren van preklinische triage in de ambulancezorg.
- De IGJ zal specifieke aandacht geven aan het realiseren van de 90%-norm en overige kwaliteitsnormen rondom multitrauma door zorgaanbieders.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

2.4 Alternatief voor 45-minutennorm voor SEH's en afdelingen acute verloskunde

Voor acute zorg zijn er in de regelgeving¹³ een aantal bereikbaarheidsnormen vastgelegd. Dit zijn onder andere de 45-minutennormen voor SEH's en acute verloskunde, een 30-minutennorm voor huisartsenposten en een 60-minutennorm voor acute ggz.¹⁴ De 45-minutennorm voor SEH's en acute verloskunde bepaalt drie dingen:

1. De norm speelt een belangrijke rol bij eventuele sluiting van het aanbod van acute zorg van ziekenhuizen (SEH of acute verloskunde), als daardoor modelmatig het aantal mensen toeneemt dat niet binnen 45-minuten met een ambulance op een SEH of afdeling acute verloskunde kan zijn.
2. De 45-minutennorm is één van de criteria om te bepalen welk ziekenhuis recht heeft op een beschikbaarheidsbijdrage SEH of acute verloskunde.¹⁵
3. De norm speelt ook een rol in de zorgplicht van zorgverzekeraars.¹⁶

In 2022 zijn 12 SEH's en 14 afdelingen acute verloskunde van ziekenhuizen 'gevoelig' voor de norm.¹⁷ Gevoeligheid voor de bereikbaarheidsnorm betekent dat als betreffend ziekenhuis zou sluiten, de norm overschreden zou worden en meer mensen een modelmatige ritduur (vanaf moment van melding tot aankomst in het ziekenhuis) hebben van meer dan 45 minuten. Uit de bereikbaarheidsanalyse 2022 van het RIVM blijkt dat dit aantal gevoelige ziekenhuizen in 2023 toeneemt naar 29 SEH's en 31 afdelingen acute verloskunde.¹⁸

In deze brief richt ik mij op (een alternatief voor) de 45-minutennorm voor SEH's en acute verloskunde. Ik ben op dit moment niet voornemens om de 30-minutennorm voor de bereikbaarheid van huisartsenposten¹⁹ of de 60-minutennorm voor de bereikbaarheid van beoordelingslocaties voor acute psychiatrische zorg²⁰ aan te passen. Uiteraard betrek ik bij het vormgeven van het

¹³ Uitvoeringsregeling Wkkgz, Artikel 8f.

¹⁴ In de regelgeving zijn twee 45-minutennormen opgenomen: de norm voor SEH's en de norm voor afdelingen acute verloskunde. Waar in de beleidsagenda wordt gesproken over de 45-minutennorm, doel ik op beide normen, tenzij anders aangegeven.

¹⁵ Andere criteria zijn dat voldaan moet worden aan de geldende (minimum) normen voor een SEH of afdeling acute verloskunde en dat er onvoldoende inkomsten uit de tarieven zijn om de kosten van de SEH of afdeling acute verloskunde te dekken.

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_654229_22/2/

¹⁶ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw.

¹⁷ RIVM, "Bereikbaarheidsanalyse voor SEH's en acute verloskunde 2021", Kamerstukken II, 2020/21, 29 247, nr. 334.

¹⁸ Kamerstukken 2021/22, 29 247, nr. 361.

¹⁹ Ten minste 90% van de inwoners in het verzorgingsgebied van een huisartsenpost kan in de avond, nacht- en weekenduren binnen 30 minuten per auto een huisartsenpost of dienstdoende huisarts bereiken, of een dienstdoende huisarts kan in de avond, nacht- en weekenduren 90% van de inwoners in het verzorgingsgebied binnen 30 minuten met de auto bereiken (Artikel 8f, lid 1c, Uitvoeringsregeling Wkkgz).

²⁰ Ten minste 90% van de inwoners in het verzorgingsgebied kan in spoedgevallen met een ambulance binnen 60 minuten een beoordelingslocatie acute psychiatrie bereiken (Artikel 8f, lid 1d, Uitvoeringsregeling Wkkgz).

alternatief op de 45-minutennorm wel de effecten op de rest van het acute zorglandschap, zoals de huisartsenposten, de (standplaatsen van de) Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) en de acute ggz.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

2.4.1 Waarom een alternatief voor de 45-minutennorm?

De 45-minutennorm voor de spreiding van SEH's en afdelingen acute verloskunde is een niet-medisch onderbouwde norm voor spreiding en beschikbaarheid van acute zorg in ziekenhuizen.²¹ Verschillende partijen adviseren om de 45-minutennorm te herzien, waaronder de NZa, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Gezondheidsraad.²² De norm "is primair gebaseerd op de bestaande spreiding van ziekenhuizen in Nederland toen deze spreidingsnorm werd geïntroduceerd in 2002".¹²

De situatie in de zorg is anders dan 20 jaar geleden, toen de norm geïntroduceerd werd. De acute zorg, en zeker ook de ambulancezorg en de traumazorg, heeft zich de afgelopen 20 jaar snel ontwikkeld. Mobiel Medische Teams (MMT's) worden per helikopter of voertuig ingezet om ernstig, meervoudig gewonde patiënten ter plekke zo snel mogelijk medisch specialistische zorg te verlenen. Ambulances zijn beter uitgerust en toegerust op de zwaarte van de zorgvraag. Er zijn ambulances waarin intensieve zorg verleend kan worden aan te vroeg geboren kinderen of kinderen in een couveuse, dan wel aan kinderen of volwassenen.

Ambulancezorgprofessionals kunnen steeds betere triage en diagnostiek ter plaatse uitvoeren en hebben meer mogelijkheden om een patiënt ter plekke te stabiliseren en de benodigde levensreddende zorg te verlenen. Op het moment dat helder is wat er met iemand aan de hand is of de patiënt is gestabiliseerd, is het in veel gevallen minder relevant geworden om de patiënt met de hoogste urgentie naar een SEH te brengen. Voor een groot deel van de 'tijdkritieke aandoeningen', waarbij het wel uitmaakt hoe snel iemand op de SEH wordt behandeld, worden de SEH's die nu 'gevoelig' zijn voor de 45-minutennorm al geregeld voorbij gereden. De afspraak is namelijk dat iemand met bijvoorbeeld een beroerte of hartinfarct of iemand die meervoudig gewond is naar een gespecialiseerd centrum wordt gereden en dat hoeft niet per definitie de dichtstbijzijnde SEH te zijn.²³

Daarbij komt dat de 45-minutennorm niet flexibel is en dus niet meebeweegt met mogelijke toekomstige ontwikkelingen die bijdragen aan het tijdig ontvangen van acute zorg. Ontwikkelingen in de ambulancezorg hebben effect op de mogelijkheden om patiënten buiten het ziekenhuis te helpen. En stel dat wordt geïnvesteerd in het uitbreiden van het aantal helikopters ten behoeve van de acute zorg, dan heeft dat potentieel een groot positief effect op de toegankelijkheid van acute zorg in gebieden in Nederland waar ambulancerijtijden relatief lang zijn. Het LNAZ heeft de afgelopen twee jaar bijvoorbeeld verdiepende analyses uitgevoerd om de toegankelijkheid van de zorg door MMT's te verbeteren en toekomstbestendig te maken. Een MMT wordt ingezet op basis van landelijk uniforme criteria die LNAZ en AZN hebben opgesteld op basis van een aantal uitgangspunten, wetenschappelijk onderzoek en expert-opinion. De toestand van de patiënt is daarbij leidend. Als in kritische situaties vaker een MMT snel ter plaatse kan zijn, kan ook de eerste zorgverlening snel starten. Om te garanderen dat de MMT-zorg op tijd ter plaatse kan zijn in alle gebieden in

²¹ Gezondheidsraad, "45-minutennorm in de spoedzorg", september 2020.

²² NZa, "Passende acute zorg", Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 348 en ZN "visie Acute Zorg", april 2022.

²³ ZIN, "Kwaliteitskader Spoedzorgketen", februari 2020.

Nederland én er voldoende capaciteit is op plekken waar veel inzetten plaatsvinden, is uitbreiding van de MMT-zorg noodzakelijk. Ik verwacht hiervoor binnenkort een voorstel te ontvangen van het LNAZ.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

De wijze waarop wordt berekend welk ziekenhuis 'gevoelig' is voor de 45-minutennorm is gebaseerd op afstand (theoretische rijtijden op basis van wegtypen) en op basis van vaste standplaatsen van ambulances. De bereikbaarheidsanalyse 2022 SEH's en acute verloskunde van het RIVM laat zien dat een kleine verandering in de modelmatige rijtijden, leidt tot een grote toename in het aantal 'gevoelige' ziekenhuizen.²⁴ In de praktijk varieert de tijd van 112-melding tot de aankomst in het ziekenhuis echter op basis van allerlei variabelen, zoals de tijd die ambulances ter plaatse zijn voor zorgverlening ter plaatse, het verkeer en de locatie van de ambulance op het moment dat de melding binnenkomt. Ambulances staan ook niet standaard op hun vaste standplaats. RAV's zijn juist bezig met initiatieven om ambulances gedurende de dag dusdanig te positioneren dat zij zo efficiënt mogelijk worden ingezet om patiënten snel te helpen (zie ook hoofdstuk 5.3.1 van deze brief).

Nabijheid is geen aspect van kwaliteit van acute zorg, tijdigheid kan bij bepaalde acute klachten wel een aspect zijn van kwaliteit. Uiteindelijk is niet zozeer de locatie van het ziekenhuisgebouw cruciaal, maar dat de acute zorg op welke plaats dan ook van goede kwaliteit en voor iedereen tijdig toegankelijk is. Die toegankelijkheid kan bijvoorbeeld ook in de vorm van zorg thuis, door middel van vervoer of door zorg uitgevoerd door een ambulancezorgprofessional ter plaatse of onderweg geregeld worden. De kwaliteit en tijdigheid van de acute zorg is door de genoemde ontwikkelingen en vernieuwingen steeds minder afhankelijk van de afstand tot het ziekenhuis.

Afstanden in Denemarken en Noorwegen

In Denemarken is de afstand tussen de plaats van een noodsituatie en het dichtstbijzijnde ziekenhuis niet meer zo belangrijk als het ooit was.²⁵ Gespecialiseerd ambulancepersoneel, adequaat uitgeruste hulpverleningsvoertuigen en de beschikbaarheid van helikopters betekenen dat de behandeling vaak al ter plaatse begint en doorgaat tijdens het transport. Technologie heeft de communicatie tussen ambulances en ziekenhuizen verbeterd. Dit stelt artsen en verpleegkundigen in staat om de juiste behandeling voort te zetten zodra de ambulance arriveert in het ziekenhuis.

Noorwegen is als land groot, langgerekt en dunbevolkt.²⁶ De spoedketen is daarop afgestemd, de luchtambulance speelt bijvoorbeeld een grote rol. Deze kan patiënten met meer specialistische spoedvragen vervoeren naar het juiste ziekenhuis. De ziekenhuizen in de dunbevolkte gebieden hebben in het algemeen minder faciliteiten dan in de steden.

Het is aan zorgverzekeraars om de kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg te borgen vanuit hun zorgplicht. De beschikbaarheidsbijdragen voor SEH's en

²⁴ Kamerstukken 2021/22, 29 247, nr. 261.

²⁵ Healthcare Denmark, "Emergency Medical Services: white paper", 2019.
<https://www.healthcaredenmark.dk/media/r4fjqbj/ems.pdf>

²⁶ Guttorm Brattebø & Øyvind Østerås, "Pre-ICU health organisation in Norway", 2018. In: ICU Management & Practice, Volume 18 - Issue 2.
<https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/pre-icu-health-organisation-in-norway>

afdelingen acute verloskunde, die nu aan de 45-minutennorm zijn verbonden, zorgen voor een stabiele stroom aan inkomsten bij een aantal ziekenhuizen op plekken in het land waar het uitdagend kan zijn of worden om financieel gezond te blijven, in aanvulling op de reguliere inkoop door zorgverzekeraars. De beschikbaarheidsbijdragen bieden in de praktijk een garantie op een basisniveau aan inkomsten waarover niet onderhandeld hoeft te worden met de verzekeraar en waar een ziekenhuis op kan bouwen, zolang aan de (kwaliteits)vereisten voor SEH's en acute verloskundige zorg wordt voldaan. Ik kan me daarom voorstellen dat de norm in combinatie met de beschikbaarheidsbijdrage voor onder andere ziekenhuizen, burgers en (lokale) bestuurders en politici voelt als een garantie dat het ziekenhuis in hun regio blijft bestaan.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

In Nederland hebben we nu en in de toekomst al het zorgaanbod en alle zorgprofessionals nodig om de groeiende zorgvraag op te kunnen vangen. Niet elk type zorgaanbod kan echter overal worden aangeboden en dat is ook niet noodzakelijk. Het komt de patiënt niet ten goede, omdat het niet mogelijk is om overal hoge kwaliteit van alle typen zorg te bieden. Ook draagt het niet bij aan het zo doelmatig mogelijk inzetten van schaarse zorgmedewerkers.

Het doel van de beschikbaarheidsbijdragen SEH's en afdelingen acute verloskunde is niet om individuele ziekenhuizen in de lucht te houden. Het gaat er bij de huidige beschikbaarheidsbijdragen om dat spoedzorg op bepaalde plekken beschikbaar is. De NZa heeft in 2021 een marktverstoringstoets uitgevoerd in relatie tot de beschikbaarheidsbijdrage SEH.²⁷ De NZa concludeerde dat de uitgaven die nu via de beschikbaarheidsbijdrage SEH aan gevoelige ziekenhuizen worden bekostigd (meerkosten van de voorwacht en kosten van de achterwacht) via de reguliere bekostiging kunnen worden vergoed. Dit leidt volgens de NZa niet tot marktverstoring, waardoor een beschikbaarheidsbijdrage SEH niet noodzakelijk lijkt. Het vorige kabinet heeft besloten om de beschikbaarheidsbijdrage vooralsnog te behouden tot er meer duidelijk is over de keuzes van een nieuw kabinet ten aanzien van het toekomstige acute zorglandschap.

Mede vanwege de relatie met de te vervangen 45-minutennorm, kunnen de beschikbaarheidsbijdragen SEH en afdelingen acute verloskunde in de huidige vorm niet blijven bestaan. Deze beschikbaarheidsbijdragen zullen in deze specifieke vorm op termijn komen te vervallen, maar niet voordat er zicht is op eventuele vervangende maatregelen. Uiteraard is het in eerste instantie aan zorgverzekeraars om vanuit hun zorgplicht toegankelijke acute zorg te realiseren. Ik wil echter onderzoeken of aanvullende maatregelen nodig zijn daar waar de kwaliteit of beschikbaarheid van acute zorg te veel onder druk komt te staan. Het zou immers onwenselijk zijn als het wegvallen van de 45-minutennorm en de beschikbaarheidsbijdrage grote gevolgen zou hebben voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor patiënten in een regio. Beschikbaarheid van zorgmedewerkers is daarvoor een randvoorwaarde en een grote uitstroom van zorgmedewerkers uit de zorgsector zou dus een risico zijn. Zoals eerder toegelicht moeten we heel zuinig zijn op de mensen die in de zorg werken en voorkomen dat zij uitstromen. Bij het sluiten van aanbod of zorginstellingen in regio's waar nog vele andere zorgwerkgevers zijn, zal het voor bijvoorbeeld verpleegkundigen een realistische optie zijn om in de regio een andere baan in de zorg te vinden gezien de grote vraag. Maar als een zorginstelling in een regio sluit waar verder weinig

²⁷ NZa, "Marktverstoringstoets Zorgfunctie Spoedeisende hulp 2021", Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 335.

werkgelegenheid in de zorg is, dan bestaat het risico dat de zorgmedewerkers niet bereid zijn om langer te reizen en ervoor kiezen om de zorg te verlaten.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

2.4.2 Acties met betrekking tot de 45-minutennorm

Ik wil de 45-minutennorm op termijn afschaffen. In plaats daarvan kom ik met nieuwe normen en instrumenten om de toegankelijkheid van de zorg in heel Nederland te borgen. Ik zet daarbij in op twee sporen:

- *Het ontwikkelen van medisch onderbouwde kwaliteitsnormen gedifferentieerd per 'tijdkritische' aandoening.*
- Hierbij doel ik op symptomen die wijzen op een voor de patiënt zeer ernstige situatie waarvoor het noodzakelijk is om binnen een beperkte tijd op een SEH/in een ziekenhuis met de juiste bemensing en faciliteiten te worden behandeld om vermijdbare gezondheidsschade te voorkomen. Hierbij kan worden aangesloten bij de aanbevelingen over de spoedzorgindicaties die de Gezondheidsraad heeft gegeven in haar rapport over de 45-minutennorm, dus inclusief acute verloskunde.
- Deze nieuwe normen zouden per aandoening een combinatie kunnen bevatten van 1) tijdsindicaties waarbinnen de zorg idealiter wordt geleverd (doorlooptijd in de gehele keten), 2) kwaliteitseisen, waar relevant inclusief volumennormen en 3) afspraken over de organisatie van zorg om de kwaliteit te borgen. Ik vraag ook aandacht voor het feit dat uit de klachten of symptomen wellicht niet altijd direct duidelijk is om welke aandoening het gaat.
- De normen zijn zo goed mogelijk medisch onderbouwd, waarbij wordt aangesloten bij bestaande kwaliteitseisen en relevante actuele publicaties. Zo nodig worden normen aangescherpt. Waar relevant wordt gebruik gemaakt van goede voorbeelden uit het buitenland.
- Ik vraag het ZIN om het proces vorm te geven en uit te voeren om uiterlijk in het najaar van 2023, voor deze typen spoedzorg tot een medisch (wetenschappelijk) onderbouwde, onafhankelijke rapportage te komen ten behoeve van de ontwikkeling van kwaliteitsnormen voor tijdkritische aandoeningen. Er kan hiervoor worden gedacht aan een 'patient journey' per aandoening die loopt van de verdenking op een tijdkritische aandoening tot en met de interventie in een daartoe uitgerust centrum. Ik betrek de relevante veldpartijen bij de nadere invulling van de opdracht aan het ZIN.
- *Onderzoeken of aanvullende maatregelen nodig zijn bij verandering van de 45-minutennorm en de beschikbaarheidsbijdrage SEH en acute verloskunde*
- Bij veranderingen op het gebied van de 45-minutennorm en de beschikbaarheidsbijdragen vind ik het van belang om de mogelijke gevolgen voor patiënten, het zorgaanbod en de zorgmedewerkers in deze regio's in kaart te brengen en daar rekening mee te houden. De continuïteit van kwalitatief goede zorg voor patiënten mag niet in het geding komen.²⁸ Uiteraard moeten eventuele aanvullende maatregelen in

²⁸ Kamerbrief "Doorontwikkeling Beleid rond zorgaanbieders in financiële problemen", Kamerstukken II, 2019/20, 32 620, nr. 235.

samenhang worden gezien met de plicht van zorgverzekeraars om de kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg te borgen.²⁹

- Ik wil daarom verkennen of aanvullende waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg nodig en mogelijk zijn. Ik denk daarbij onder andere aan het toetsen van gevolgen voor het behoud van zorgpersoneel en hun mogelijkheden op de arbeidsmarkt in de verschillende delen van het land, met aandacht voor die regio's waar het risico het grootst is dat de toegankelijkheid als gevolg van deze factoren onder druk komt te staan.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

2.5 Kwaliteitsregistratie

Kwaliteitsregistraties zijn van belang zodat zorgmedewerkers kunnen leren en verbeteren. Tegelijkertijd zorgen kwaliteitsregistraties voor administratieve lasten voor zorgaanbieders, omdat niet van alle kwaliteitsregistraties het nut en noodzaak even duidelijk is, er overlap bestaat tussen kwaliteitsregistraties, en de aanlevering van gegevens nog onvoldoende gestandaardiseerd en geautomatiseerd plaatsvindt. Met betrokken partijen is daarom in het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019-2022 ingezet op een betere beheersing van kwaliteitsregistraties.³⁰ De Inhoudsgovernance-commissie en de Datagovernance-commissie zijn nu bezig een toetsingskader op te stellen om vast te kunnen stellen of een kwaliteitsregistratie het algemeen belang dient. Ook wordt wetgeving voorbereid, het wetsvoorstel kwaliteitsregistraties zorg, waarbij het ZIN de taak krijgt om een register voor kwaliteitsregistraties die het algemeen belang dienen bij te houden. Als het ZIN besluit een kwaliteitsregistratie in dit register op te nemen dan zijn zorgaanbieders en zorgverleners verplicht om (persoons)gegevens van patiënten aan die kwaliteitsregistratie aan te leveren, zonder dat daarvoor toestemming van de cliënt nodig is. Alleen de kwaliteitsregistraties die in het register voor kwaliteitsregistraties staan mogen gebruik maken van deze wettelijke grondslag om persoonsgegevens te verwerken. Dit zorgt ervoor dat het landschap van kwaliteitsregistraties weer beheersbaar wordt. Op die manier hoop ik leren en verbeteren te stimuleren.

De Landelijke Traumaregistratie (LTR) biedt al sinds 2007 inzicht in de kenmerken van ongevalpatiënten en hun letsels, de gang van de patiënt door de keten, het zorggebruik en de uitkomst van zorg. Inmiddels doen alle ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulp en een groot deel van de ambulancediensten mee aan de LTR. Met ingang van 1 juli 2022 is de wettelijke basis geregeld voor het verwerken van persoonsgegevens in de LTR.

De kwaliteitsregistratie Netherlands Emergency department Evaluation Database (NEED) richt zich op SEH's. Indien de NEED-registratie na toetsing wordt opgenomen in het register voor kwaliteitsregistraties van het ZIN zijn alle zorgaanbieders en zorgverleners verplicht gegevens aan te leveren aan de NEED-registratie. Daarmee is 100% deelname een feit. Op dit moment is echter ook bekend dat de NEED-registratie gedeeltelijk overlapt met de Dutch Registry for Acute and Internal Medicine (DRAIM)-registratie, gericht op interne geneeskunde op de SEH. Mogelijk is er ook sprake van overlap met de LTR. Gelet op de

²⁹ Kamerbrief "De Zorgplicht handvatten voor zorgverzekeraars", Kamerstukken II, 2020/21, 29 689, nr. 1088.

³⁰ Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022, Kamerstukken II, 2017/18, 29 428, nr. 311.

afspraken in het genoemde hoofdlijnenakkoord is deze overlap ongewenst omdat dat onnodige administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverleners oplevert.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

2.5.1 Actie kwaliteitsregistratie

- Ik vraag NEED en DRAIM om afspraken te maken, zodat de registraties niet langer overlappen en één kwaliteitsregistratie voor de acute zorg in het register van het ZIN kan worden opgenomen.

2.6 Naleving van normen voor kwaliteit en toegankelijkheid

Normen zijn er om te worden nageleefd. Dat is in eerste instantie aan de zorgaanbieders voor wie de normen gelden. Waar het gaat om normen voor samenwerking in de keten, zie ik ook een rol voor het ROAZ, waar de partners uit de keten in de regio bij elkaar zitten. In het ROAZ kan de afstemming tussen de schakels in de keten bevorderd worden. Ook zorgverzekeraars dienen de zorg in de keten in samenhang en in voldoende mate in te kopen om aan hun zorgplicht te voldoen en alleen zorg in te kopen die voldoet aan de normen. De (externe) toezichthouders vormen het sluitstuk van de naleving. Zij houden toezicht op de kwaliteit van de zorg (IGJ) en de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars (NZa), onder andere door middel van handhaving.

2.6.1 Actie naleving van normen

- Ik roep de toezichthouders op om vanuit hun toezicht bij te dragen aan de naleving van de normen die betrekking hebben op de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg en hier een speerpunt van te maken.
- De IGJ neemt de naleving van de normen rondom multitrauma en de normen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen actief mee in haar toezicht.

3. Zorgcoördinatie

3.1 Waarom inzetten op zorgcoördinatie?

Het doel van zorgcoördinatie is dat patiënten met een spoedzorgvraag snel worden geholpen en op de juiste plek de juiste zorg krijgen, dat er beter zicht en sturing is op capaciteit in de regio, dat opstopping in de keten wordt voorkomen en de doorstroom van patiënten in de acute zorgketen verbetert. Nu weten patiënten niet altijd waar ze met hun als acuut ervaren zorgvraag terecht kunnen. Zorgverleners weten niet altijd waar de patiënt op dat moment de juiste zorg kan krijgen of moeten lang rondbellen om een plek te vinden voor de patiënt. Patiënten moeten wachten en krijgen in de tussentijd wellicht zorg van een zorgaanbieder waar de patiënt eigenlijk niet thuishoort. Dat kan een keten van suboptimale zorg op de verkeerde plek veroorzaken en leiden tot opstoppingen in de keten.

Het uitgangspunt is dat spoedzorgvragen tijdig worden beantwoord door de juiste zorgverlener, met passende bevoegdheid en bekwaamheid en rekening houdend met de beschikbaarheid van de zorg in de regio. Zorgcoördinatie draagt eraan bij dat de patiënt beter wordt geïnformeerd waar de beste, passende zorg is te

verkrijgen. Zorgcoördinatie bevordert dat de patiënt de beste passende zorg krijgt, ongeacht waar de patiënt de zorgvraag stelt. Er mag niemand tussen wal en schip vallen. Dat vergt een effectieve sturing op wat in individuele gevallen de juiste zorg op de juiste plek is. Zorgcoördinatie kan eraan bijdragen dat de kwaliteit van de acute zorg voor de patiënten verbetert en dat iedereen, ongeacht waar je woont en wie je bent, goede acute zorg krijgt. Door de juiste medewerker in te zetten verbeteren de effectiviteit en de efficiency van de zorg.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

In haar advies over passende acute zorg geeft de NZa aan dat de coördinatie van de in-, door- en uitstroom van de acute zorgketen beter kan. Integrale triage en medische gegevensuitwisselingen dragen hieraan bij. Om de zorgcoördinatie te verbeteren, zou inzicht moeten bestaan in de beschikbare capaciteit en wachttijd. Ik onderschrijf het advies van de NZa op dit punt. Ook het Expertteam Covid-zorg in ziekenhuizen bepleit zorgcoördinatie en uitwisseling van capaciteitsgegevens om patiëntenstromen te sturen en zo meer tijd vrij te maken voor patiëntenzorg, de werkdruk te verlagen en het werkplezier te verhogen.³¹

3.2 Hoe ziet zorgcoördinatie er uit?

Zorgcoördinatie is een combinatie van het integraal beoordelen van de urgentie van de zorgvraag en het zo snel als nodig en mogelijk is toeleiden van de patiënt naar de juiste zorg op de juiste plek. Voor een goede triage heeft de triagist een brede kennis en/of samenwerking met collega's met een aanvullende expertise nodig, gegevens over de (kenmerken van de) patiënt en diens medische en farmaceutische achtergrond en inzicht in de expertise en actuele beschikbaarheid van zorgaanbieders in de regio. De triagist moet bijvoorbeeld weten naar welk ziekenhuis de ambulance moet rijden: welk ziekenhuis heeft de juiste expertise en faciliteiten voor deze patiënt en zijn die expertise en faciliteiten op dat moment beschikbaar. Maar zorgcoördinatie strekt zich veel verder uit in de acute keten dan alleen de spoedeisende hulp. Voor de juiste zorg op de juiste plek is bijvoorbeeld van belang dat de triagist kan beoordelen of een bezoek door de wijkverpleegkundige volstaat of dat er toch een bezoek door een huisarts of aan de huisartsenpost noodzakelijk is. Door goede triage en samenwerking kan beter gekeken worden wat de meest geschikte plek is voor iemand die wel zorg nodig heeft, maar geen ziekenhuiszorg (meer) nodig heeft of wil. Hierdoor kan deze patiënt mogelijk snel op een eerstelijnsverblijf (ELV)-bed terecht in plaats van het hele traject van SEH-bezoek en ziekenhuisopname te doorlopen.

Inzicht in beschikbare (gespecialiseerde) capaciteit binnen de gehele zorgketen is niet alleen bij de eerste triage van belang, maar juist ook voor de in- door- en uitstroom van patiënten. Het is logischerwijs van belang dat de verloskundige snel weet in welk ziekenhuis een bevallende vrouw terecht kan voor de zorg die zij op dat moment nodig heeft. Ook het feit dat de transferverpleegkundige van het ziekenhuis weet of en waar er thuiszorg of een eerstelijnsverblijf bed beschikbaar is voor de patiënt die het ziekenhuis kan verlaten, heeft invloed op de toegankelijkheid van de acute zorg. Als de door- en uitstroom goed en snel geregeld kunnen worden, heeft dat invloed op de gehele keten. Een patiënt die naar huis kan met thuiszorg, maakt een bed vrij in het ziekenhuis voor iemand die misschien via de SEH een plek nodig heeft op een afdeling, waardoor mogelijk een tijdelijke presentatiestop op de SEH kan worden voorkomen. Voor het werkplezier van zorgverleners is inzicht in beschikbare capaciteit eveneens van belang, zodat

³¹ Kamerbrief "Infectieziektenbestrijding", Kamerstukken II, 2021/22, 25 295, nr. 1877.

ze niet onnodig veel van hun tijd besteden aan het regelen van een geschikte plek en zich meer kunnen richten op hun kerntaken.

In de praktijk vinden er al de nodige initiatieven plaats met betrekking tot zorgcoördinatie.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Pilots zorgcoördinatie 2020-2022

In 2020 zijn vanuit het Actieplan Ambulancezorg in verschillende regio's pilots zorgcoördinatie van start gegaan die doorlopen tot eind 2022. Deze pilots beproeven, ieder op eigen wijze, zorgcoördinatie in de praktijk met meerdere partijen. Zo zijn er pilots waarbij de triagisten vanuit verschillende disciplines fysiek bij elkaar zitten, maar ook digitale/virtuele samenwerking wordt beproefd of de inzet van andere zorgvormen dan ambulances (bv. Rapid Response teams). Eind vorig jaar is een tussenrapportage verschenen over de pilots, waaruit blijkt dat regionale zorgcoördinatie in de praktijk mogelijk is en meerwaarde heeft voor de kwaliteit van de spoedzorg in de keten.³² Tevens werden nader uit te werken randvoorwaarden genoemd voor een structurele vormgeving van zorgcoördinatie. Recentelijk is de eindrapportage van het programma pilots zorgcoördinatie verschenen. Volgens de rapportage geven de verschillende perspectieven van de pilots aanleiding om blijvend in te zetten op zorgcoördinatie. De rapportage bevat landelijke en regionale aanbevelingen. De rapportage is bijgevoegd als bijlage 5 conform mijn toezegging uit het debat van 25 mei jl.

Voorbeeld CAV

Het Centraal Aanmeldpunt Verplaatsingen (CAV) voert in Zeeland de regie over de bedden in VVT-instellingen. Het CAV is 7x24 uur telefonisch beschikbaar voor de hele keten. Zorginstellingen zorgen voor real-time inzicht in beschikbare capaciteit, zodat het CAV patiënten kan toeleiden naar de juiste zorg, op de juiste plaats. Op deze manier kan bijvoorbeeld een huisarts die een patiënt moet plaatsen contact opnemen met het CAV, de diagnose doorgeven en gaat het CAV aan de slag om de juiste plek te vinden. Omdat het CAV een overzicht heeft van de beschikbaarheid, kan dit veel sneller. Ook hoeft de huisarts daardoor niet meer rond te bellen naar allerlei instellingen wat veel tijd bespaart.

Pilot straattriage

Binnen het actieprogramma 'lokale initiatieven voor mensen met verward gedrag' is in de regio Twente een experiment gestart met nauwere samenwerking tussen politie en ggz rondom acute meldingen van verward gedrag. Ook in Amsterdam, Den Haag, Eindhoven en Groningen wordt hier in nieuwe pilots aan gewerkt, via het vervolgprogramma Grip op Onbegrip. In Twente wordt deze samenwerking vormgegeven door middel van straattriage. Na een opstartfase loopt de samenwerking in Twente goed, waarbij politie en ggz gezamenlijk als eerste op een melding over verward gedrag afgaan. Partners in de regio geven aan dat straattriage bijdraagt aan een prettiger bejegening voor de cliënt en het beter kunnen toeleiden naar de passende zorg of ondersteuning. De personen betrokken bij deze meldingen kunnen veelal na triage thuis verblijven, slechts een klein deel hoeft vervoerd te worden naar een

³² Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 339, bijlage 5.

beoordelingslocatie van de ggz. Of deze vorm van samenwerking rondom meldingen passend is in andere regio's, is afhankelijk van een aantal randvoorwaarden, zoals capaciteit van politie en ggz, het aantal meldingen en de afstanden in de regio. De huidige pilots in andere genoemde regio's kunnen bijdragen om de goedwerkende mechanismen voor een succesvolle samenwerking tussen ketenpartners in acute situaties boven tafel te krijgen.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

3.3 Kaders voor zorgcoördinatie

3.3.1 Functies van zorgcoördinatie

Vooralsnog ga ik voor zorgcoördinatie uit van zeven functies:

1. Ondersteunen van zelfmanagement;
2. Eenduidige toegang voor acute zorgvraag;
3. Eenduidige triage;
4. Passende zorginzet;
5. Regie op vervolgzorg;
6. Regionaal en landelijk inzicht in actuele zorgcapaciteit (niet alleen ziekenhuiszorg);
7. Zo nodig regionale dan wel landelijke spreiding van patiënten.

De eerste vijf functies komen uit de tussenrapportage over de pilots zorgcoördinatie naar voren, zoals genoemd in het eerste kader hierboven. Bij zelfmanagement gaat het om het ondersteunen van zorgvragers met informatie, advies en techniek. Eenduidige toegang heeft betrekking op één loket van samenwerkende zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders hebben een gezamenlijk triageprotocol en spreken dezelfde taal en op basis daarvan bepalen ze wat een passende zorginzet is en houden ze de regie tot er een goede zorgopvolging is. Onder regie op vervolgzorg versta ik ook de coördinatie van eerstelijnsverblijf (al is dat niet altijd het vervolg op een ziekenhuisopname), geriatrische revalidatiezorg en de uitstroom naar Wlz-zorg. De laatste twee functies voeg ik toe met het oog op het voorkomen en spreiden van drukte in de acute zorg in alle omstandigheden, ook in het geval van een ramp of crisis die de zorgcontinuïteit bedreigt. Voor het voorkomen en spreiden van drukte in de acute zorg is een zorgbreed inzicht nodig in de capaciteit. Doorstroom en uitstroom zijn immers in hoge mate bepalend voor de drukte in de acute zorg.

3.3.2 Reikwijdte van zorgcoördinatie

In de triage verwacht ik tenminste samenwerking tussen alle RAV's, de huisartsenposten (HAP) en de SEH, de acute wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en crisiszorg binnen de Wlz in de regio en samenwerking met de 112-meldkamer. Zo mogelijk doen ook aanbieders van acute ggz mee en wellicht nog meer categorieën aanbieders van acute zorg.

Ik vind het cruciaal dat er ten behoeve van zorgcoördinatie *structureel* inzicht bestaat in de actueel beschikbare zorgcapaciteit die van belang is voor de instroom, doorstroom en uitstroom uit de acute zorg: de (beschikbare) capaciteit van alle aanbieders van ambulancezorg, huisartsenzorg (in ieder geval in de avond, nacht en weekend-uren), ziekenhuiszorg, acute wijkverpleging, farmaceutische spoedzorg, acute ggz, eerstelijns verblijf, geriatrische

revalidatiezorg en crisiszorg binnen de Wlz. Inzicht in de beddencapaciteit op de verlos- en verblijfkamers en de neonatologie-afdelingen van de ziekenhuizen in de regio, is bijvoorbeeld van belang voor verloskundigen. Het gaat dus om permanent inzicht in de actuele en te verwachten capaciteit in alle schakels van de keten. Alleen dan krijgen patiënten de juiste zorg op de juiste plek en worden opstoppen in de keten voorkomen.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Op dit moment wordt het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) gebruikt voor inzicht in ziekenhuiscapaciteit. Het LPZ geeft *momenteel* behalve inzicht in capaciteitsgegevens en patiënten aantallen voor Covid-zorg ook inzicht in beschikbare klinische bedden in het ziekenhuis (in een enkele regio bijvoorbeeld ook voor acute verloskunde) en drukte op de SEH, rekening houdend met de beschikbaarheid van medewerkers. Inzichtelijk wordt of er een presentatiestop is op de SEH waarbij tijdelijk niet alle patiënten kunnen worden opgenomen. De drukte op de SEH wordt gemeten aan de hand van de NEDOCS-score, een gevalideerd instrument voor het objectief berekenen van de drukte op de SEH. Naar aanleiding van de toezegging die ik in het debat van 24 februari 2022 heb gedaan aan het lid Van den Hil, over de uitrol van het LPZ, kan ik aangeven dat de spoed-module in acht ROAZ-regio's live is en dat twee regio's bezig zijn met implementatie. Eén regio is nog niet aangesloten. Ik ben met deze regio in overleg. Uiteraard is het LPZ het meest waardevol als alle zorgaanbieders (tot op heden dus alleen ziekenhuizen, maar in de toekomst ook andere zorgaanbieders) dagelijks actuele capaciteitsinformatie aanleveren.

Het gaat hierboven over spoedzorgvragen die een patiënt of een zorgverlener als acuut ervaart, maar niet om levensbedreigende situaties, daarvoor is de meldkamer via het alarmnummer 112 de aangewezen plek. Dit vraagt aan de ene kant om duidelijke splitsing van taken en vragen die op de meldkamer ambulancezorg of juist in een zorgcoördinatiecentrum worden uitgevoerd, en tegelijkertijd om een zeer nauwe samenwerking. Vooral waar het de ambulancezorg betreft, is het cruciaal dat de splitsing tussen levensbedreigend en andere spoedzorgvragen helder is, waarbij rekening wordt gehouden met de wettelijke taken van de meldkamer ambulancezorg, de noodzaak van multi-inzet met politie en brandweer en opschalingsmogelijkheden bij crises. Deze uitwerking zal in nauwe samenwerking met het meldkamerveld tot stand moeten komen.

Voorbeeld landelijke zorgcoördinatie in Denemarken

Het Deense zorgsysteem staat, kwalitatief gezien, hoog aangeschreven.³³ Denemarken is onder andere vooruitstrevend als het gaat om informatie- en communicatie-infrastructuur voor de zorg en zorgcoördinatie. Zo heeft Denemarken een gezamenlijke meldkamer waar zowel acute en levensbedreigende meldingen (112) als acute en niet-levensbedreigende (1813 voor Kopenhagen) meldingen binnenkomen.³⁴ Binnen het systeem wordt voor levensbedreigende meldingen een urgentie-indelingssysteem gebruikt. Voor overige niet-levensbedreigende zorgvragen wordt door middel van een triagesysteem de juiste zorginzet bepaald, zoals een beroep op een verpleegkundige of een verwijzing naar de eigen huisarts. De triagesoftware van 1813 heeft een gedetailleerde richtlijn voor ondersteuning in de

³³ CEOWorld Magazine, "Revealed: Countries with the best health care systems, 2021", 2021. <https://ceoworld.biz/2021/04/27/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2021/>

³⁴ Nivel, "Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling", 2019.

besluitvorming. Dit blijkt in de praktijk goed te werken want de ondertriage bij de hulplijn 1813 blijkt laag (0,04%).³⁵ Verder zijn veel triagisten van 1813 ook opgeleid om 112-meldingen te behandelen, waardoor er geschakeld kan worden tussen de systemen. Hierdoor maakt het voor de patiënt niet uit of die 112 of 1813 belt, is er geen onnodige vertraging en kan gebruik worden gemaakt van elkaars capaciteit als bijvoorbeeld het aantal 112-meldingen toeneemt. Zowel 112 als 1813 hebben toegang tot de medische dossiers van patiënten en de softwaresystemen van beide hulplijnen zijn geïntegreerd met ziekenhuissystemen van regionale ziekenhuizen. Zodoende kan gemakkelijk telefonisch een recept worden uitgeschreven of een consult worden geboekt bij de SEH.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Uit het voorbeeld van Denemarken blijkt dat het mogelijk is om met een apart centraal nummer te werken voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen. Het sluitstuk van landsdekkende zorgcoördinatie zou een centraal nummer of digitaal adres kunnen zijn voor niet levensbedreigende acute zorgvragen van patiënten en voor zorgverleners die een plek zoeken voor een patiënt. Dit is enigszins vergelijkbaar met de twee nummers die de politie hanteert: naast 112 kent de politie nog 0900-8844 voor niet spoedeisende vragen. Verder zien we dat er in Noorwegen en Zweden ook al sprake is van zorgcoördinatie.

Voorbeeld Zweden

In Zweden kunnen mensen contact opnemen met een medische hulplijn 1177. Daar worden ze verwezen naar de juiste zorgaanbieder.³⁶ De oproep wordt beantwoord door een verpleegkundige die triert en verwijst naar de juiste zorgaanbieder of zelfzorgadvies geeft. Deze hulplijn is 24/7 bereikbaar. De huisarts blijft het eerste aanspreekpunt voor niet-levensbedreigende (acute) zorgvragen tijdens kantooruren en patiënten kunnen in Stockholm op eigen initiatief een 'Emergency Centre' bezoeken voor niet-levensbedreigende zorgvragen.

Voorbeeld Noorwegen

De Coordination Reform Bill uit 2012 was erop gericht de coördinatie tussen de eerstelijns (gemeenten) en de specialistische zorg (centrale overheid) te verbeteren.³⁷ In 2019-2020 zijn de Healthcare Communities opgericht die uitgaan van een nieuwe bestuurs- en samenwerkingsstructuur tussen ziekenhuizen en omliggende gemeenten.³⁸ In deze Communities komen

³⁵ Nivel, "Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling", 2019.

³⁶ Nivel, "Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling", 2019.

³⁷ Ingrid Sperre Saunes, Anna Sagan & Marina Karanikolos, "Norway's Healthcare Communities are set up to build bridges between hospitals and primary care", 2020. In: Eurohealth Systems and Policies.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332483/Eurohealth-26-1-29-33-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

³⁸ Ingrid Sperre Saunes, Anna Sagan & Marina Karanikolos, "Norway's Healthcare Communities are set up to build bridges between hospitals and primary care", 2020. In: Eurohealth Systems and Policies.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332483/Eurohealth-26-1-29-33-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

vertegenwoordigers van gezondheidsfondsen, gemeenten, ziekenhuizen, lokale huisartsen en gebruikers samen om zorgdiensten te coördineren en op die manier een betere continuïteit van zorg te bevorderen tussen ziekenhuizen, eerstelijnszorg en zorg thuis. Daarnaast is het ook de brug tussen particuliere aanbieders (huisartsen) en de ziekenhuissector (publieke aanbieder). Ook dient het als instrument voor 'outreach-ondersteuning' voor ziekenhuizen bij de levering van gespecialiseerde diensten dicht bij de patiënt thuis.

Voor de acute zorg bieden gemeenten lokale contactcentra (LEMC's) voor niet-levensbedreigende acute zorg.³⁹ Deze noodcentra zijn verbonden in een landelijk netwerk en hebben een eigen noodnummer, naast het bestaan van het noodnummer voor levensbedreigende acute zorg.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

3.3.3 Schaalgrootte van zorgcoördinatie

Qua schaalgrootte voor de inrichting van zorgcoördinatie ten behoeve van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg zijn voor mij de ROAZ-regio's leidend. Binnen de ROAZ-regio's kan er door het ROAZ voor gekozen worden zorgcoördinatie waar nodig in subregio's te organiseren. Daarbij dient de verbinding met het ROAZ en de landelijke functie voor inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding geborgd te zijn in het kader van een eventuele opschaling ten tijde van een ramp of crisis waarbij regionale of landelijke regie noodzakelijk is.

3.4 Nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg

Mede ten behoeve van zorgcoördinatie en samenwerking met ketenpartners heeft AZN een nieuwe urgentie-indeling ontwikkeld voor de ambulancezorg en is AZN in 2022 gestart met de voorbereiding van de implementatie. De nieuwe urgentie-indeling heeft zeven categorieën. A0-inzetten hebben de hoogst mogelijke spoed en in deze gevallen wordt gestreefd naar een zo snel mogelijke responstijd. Bij de inzetten A1 kan de responstijd met circa 2 minuten toenemen doordat extra tijd wordt genomen voor triage, zodat beter kan worden bepaald wat voor de patiënt in dit geval de juiste zorg op de juiste plek inhoudt.⁴⁰ In mijn brief van 24 januari 2022⁴¹ heb ik u geïnformeerd over de voornemens met betrekking tot een nieuwe urgentie-indeling en toegezegd dat ik u zou informeren over het implementatieplan. Het implementatieplan is bij deze brief gevoegd als bijlage 3. Het doel van de nieuwe indeling is om de kwaliteit van de ambulancezorg te verbeteren. De nieuwe urgentie-indeling doet meer recht aan de medische behoeften van patiënten en is meer medisch logisch opgebouwd. Het is de bedoeling dat de ambulance sneller ter plaatse is als het echt nodig is, ook bij rampen en ongevallen, en dat in andere gevallen iets meer tijd wordt genomen om meteen de juiste zorg op de juiste plek in te zetten.

De verwachting is dat de nieuwe indeling leidt tot een verbetering in de kwaliteit van acute zorg en vergemakkelijking van samenwerking in de spoedzorgketen, wat bijdraagt aan zorgcoördinatie. Tevens wordt verwacht dat hierdoor schaarse

³⁹ Guttorm Brattebø & Øyvind Østerås, "Pre-ICU health organisation in Norway", 2018. In: ICU Management & Practice, Volume 18 - Issue 2.

<https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/pre-icu-health-organisation-in-norway>

⁴⁰ Kamerbrief "Stand van zaken (actieplan) Ambulancezorg", Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 339, bijlage 2.

⁴¹ Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 339.

acute zorgprofessionals effectiever worden ingezet. De implementatie van de nieuwe indeling zal goed gemonitord worden. Wetenschappelijk onderzoek zal hiertoe ingezet worden. Mede op basis van dit onderzoek moet de sector kunnen onderbouwen of de nieuwe urgentie-indeling voldoende veilig is en zal een advies opgesteld worden over het al dan niet aanhouden van streefnormen voor de tijdigheid van A0- en A1-inzetten. Mede op basis daarvan zal ik beslissen over het al dan niet aanpassen van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen. Het implementatieplan omvat een maximale periode van circa drie jaar. Parallel vinden gesprekken plaats tussen AZN en InEen met het oog op een verdere afstemming tussen de urgentie-indelingen van de ambulancezorg en de huisartsenposten.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

3.5 Acties zorgcoördinatie

- Met betrekking tot de genoemde zeven functies van zorgcoördinatie heb ik aan LNAZ, ZN, AZN, InEen en Actiz gevraagd binnen de bovenstaande kaders te verkennen onder welke voorwaarden het mogelijk is om vanaf het derde kwartaal van 2023 zorgcoördinatie landsdekkend in te richten, te verkennen welke randvoorwaarden hiervoor ingevuld moeten worden en daarbij gebruik te maken van de ervaringen van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS) en de Regionale Coördinatiecentra Patiëntenspreiding (RCPS-en). Ten behoeve van deze verkenning hebben deze partijen subsidie aangevraagd bij VWS. Ik verwacht dat partijen begin 2023 scenario's opgesteld hebben waarbij zij de lessen uit de pilots zorgcoördinatie betrekken en een advies zullen uitbrengen. Op basis van deze scenario's en het advies kan besluitvorming plaatsvinden, een implementatieplan worden gemaakt en vervolgens kan er worden geïmplementeerd. Partijen zullen bij hun verkenning een groot aantal organisaties betrekken, waaronder zeker ook andere organisaties van zorgaanbieders, organisaties van zorgprofessionals, het meldkamerveld en de Landelijke Meldkamer Samenwerking, inclusief de veiligheidsregio's.
- Ik zal zorgverzekeraars verzoeken de lopende pilots te financieren met betrekking tot zorgcoördinatie die positief zijn geëvalueerd in het kader van het Actieplan Ambulancezorg en ook in 2023, tot aan de structurele situatie, willen doorgaan en zo nodig de Landelijke Meldkamersamenwerking vragen de technische ondersteuning te continueren.
- Ik streef naar een structurele inbedding van de functies van regionaal en landelijk inzicht in zorgcapaciteit, mede ten behoeve van rampen en crises, het op basis van dit inzicht vroegtijdig signaleren van komende drukte en maken van afspraken om deze drukte af te wenden of op te vangen en van de mogelijkheid om zo nodig regionaal of landelijk patiënten te spreiden. Ik onderzoek of en zo ja, onder welke voorwaarden in welke regelgeving de verantwoordelijkheid kan worden vastgelegd voor een systeem dat inzicht biedt in zorgcapaciteit (breder dan ziekenhuiscapaciteit), het mede op basis van dit systeem monitoren en analyseren van actuele en te verwachten drukte en voor patiëntenspreiding. Tevens zal conform het advies van de NZa op dit punt worden gezien op welke wijze zorgaanbieders informatie dienen aan te leveren ten behoeve van inzicht in actuele en toekomstige capaciteit.

- Op 23 mei jl. heeft de NZa op mijn verzoek een advies uitgebracht over de bekostiging van deze functies.⁴² De NZa adviseert om de regionale en landelijke functies van inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding tijdelijk, in ieder geval tot het moment dat zorgcoördinatie structureel wordt ingericht, te bekostigen op basis van een beschikbaarheidsbijdrage en deze wijze van bekostiging over twee jaar te evalueren. Ik volg dit advies van de NZa en zal daartoe het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG aanpassen.
- Voor de korte termijn heb ik de overeenkomst tussen VWS en het LNAZ voor het LCPS en het LPZ (inzicht in ziekenhuiscapaciteit en patiëntenspreiding in relatie tot Covid) verlengd tot en met 30 juni 2023. Ik ben in gesprek met het LCPS over de mogelijkheden om de ketenmonitoring voor Covid-druk op de zorg te verbreden voor de gehele acute zorgketen.
- Ik bevorder de implementatie van een nieuwe urgentie-indeling voor de ambulancezorg via een subsidie aan AZN.
- In de acute zorg komen veel mensen binnen met niet-spoedvragen, waardoor de druk op de spoedzorg (o.a. huisartsenpost, SEH en ambulance) (onnodig) hoog wordt en mensen niet op de juiste plek geholpen worden. Om burgers en patiënten van de juiste actuele informatie over acute zorg te voorzien, zodat zij weten waar zij met hun zorgvraag terecht kunnen, is eind juni j.l. een werkgroep gestart met de partijen InEen, AZN, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), Patiëntenfederatie, ZN, LNAZ en Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) om communicatie hierover vorm te geven. VWS stelt middelen beschikbaar en faciliteert de werkgroep.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

4. Samenwerking in de regio

Een meer effectieve en efficiënte organisatie kan niet zonder goede samenwerking. Het is weliswaar in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van individuele aanbieders en verzekeraars om aan de geldende normen te voldoen, maar vaak kunnen die niet gerealiseerd worden zonder goede samenwerkingsafspraken. Bovendien ben ik ervan overtuigd dat goede samenwerking de kwaliteit van zorg verder kan verbeteren. Samenwerking is onontbeerlijk om te zorgen dat de patiënt snel op de juiste plek terecht komt. Samenwerking is nodig om te zorgen dat je weet waar je zelf goed in bent en waarin wat minder goed, om de kennis en kunde van een ander te kennen en te benutten en om te leren van elkaar. Samenwerking maakt het ook mogelijk om drukte te spreiden en medewerkers in te zetten waar en wanneer de zorgvraag het grootste is en waar de capaciteiten van de medewerker het meeste bijdragen aan de gezondheid van de zorgvragers.

Voorbeeld Treant: als het commitment op samenwerking er is, is veel mogelijk
In de regio Drenthe en Zuidoost-Groningen waren er diverse uitdagingen voor de organisatie van de zorg, onder andere gezien de complexere zorg die naar

⁴² NZa, "Advies bekostiging LCPS, RCPS en LPZ", Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 351.

de grote, gespecialiseerde ziekenhuizen buiten de regio ging en de schaarste aan gespecialiseerd verplegend personeel en artsen. Een team van ziekenhuizen, huisartsen, ambulancediensten en zorgverzekeraars heeft in het voorjaar van 2018 de handen ineengeslagen en een plan gemaakt om samen de zorg voor de regio Drenthe en Zuidoost-Groningen beschikbaar te houden. Dit heeft onder andere geresulteerd in het omvormen van de SEH's in Stadskanaal en in Hogeveen tot basisspoedpost, begin 2020. In Stadskanaal en Hogeveen kwamen 's nachts namelijk maar zeer weinig patiënten naar de SEH, waarvan gemiddeld slechts één à twee patiënten opgenomen moest worden. De basisspoedposten zijn van maandag t/m vrijdag open van 8:00 tot 22:00 uur, voor niet-levensbedreigende situaties. Patiënten kunnen hier terecht voor bijvoorbeeld wonden, trombose of eenvoudige botbreuken. Voor levensbedreigende situaties kunnen patiënten uit de regio Drenthe en Zuidoost-Groningen terecht bij de SEH's in Assen, Emmen en Scheemda. Patiënten moeten soms iets verder reizen voor spoedeisende zorg, "maar zij krijgen daar betere en gespecialiseerde zorg voor terug. Want doordat teams van specialisten en verpleegkundigen behandelingen vaker doen, gaat de kwaliteit omhoog."⁴³

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Samenwerking tussen zorgaanbieders in de regio gaat leiden tot verandering, ook voor de mensen die zorg nodig hebben. Veel beoogde veranderingen zullen door iedereen als heel positief worden ervaren, zoals kortere wachttijden, sneller op de juiste plek (vervolg)zorg krijgen en zorg van betere kwaliteit. Er zit echter ook een andere kant aan deze beoogde veranderingen. Sommige mensen zullen in de toekomst voor bepaalde vormen van acute zorg niet meer op een oude vertrouwde plek terecht kunnen, wat kan voelen als een verlies. Het geeft ook een gevoel van veiligheid als er een huisartsenpost of SEH om de hoek zit. Toch is deze ontwikkeling uiteindelijk in het belang van de patiënt. Het is immers schijnveiligheid om een SEH om de hoek te hebben als daar niet genoeg bekwame zorgmedewerkers zijn om goede en veilige zorg te verlenen of als niet de juiste expertise en faciliteiten in huis zijn om jouw aandoening goed te behandelen. In dat geval is het beter om door bekwame ambulancemedewerkers gestabiliseerd te worden en direct naar een locatie met expertise voor jouw aandoening te gaan. De beste kwaliteit van zorg voor de patiënt staat voor mij steeds voorop. Samenwerking in de regio's is daarvoor essentieel.

4.1 Effectiever en efficiënter organiseren van acute zorg

Samenwerking kan op verschillende manieren en op verschillende niveaus plaatsvinden. Ik geef hieronder enkele voorbeelden van hoe, binnen de huidige normen en kaders, de acute zorg effectiever en efficiënter georganiseerd zou kunnen worden.⁴⁴ Van belang bij al deze voorbeelden is dat ze kwalitatief

⁴³ Zorg voor de regio Drenthe en Zuidoost-Groningen, "Persbericht: Nieuwe inrichting spoedzorg Drenthe en Zuidoost-Groningen januari 2020 van start", juli 2019.

⁴⁴ Ook binnen de bestaande concurrentieregels is veel ruimte voor samenwerking ten behoeve van betere acute zorg. Daarbij is van belang dat de voordelen van de samenwerking opwegen tegen de nadelen, waaronder eventuele beperkingen van de mededinging. De beleidsregel JZOJP van de ACM verschaft hier meer inzicht over. Zorgaanbieders kunnen afhankelijk van hun eigen inschatting van de situatie ervoor kiezen om de procedureregels van die beleidsregel te volgen om daaraan een bepaalde mate van comfort te ontleen, of ze kunnen een reguliere self-assessment uitvoeren om te bepalen of de verwachte voordelen opwegen tegen de nadelen. De ACM kan op voorhand niet aangeven

hoogwaardige acute zorg borgen en tegelijkertijd bijdragen aan het slim omgaan met inzet van het schaarse zorgpersoneel.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

4.1.1. Samenwerking in de keten

Door samenwerking tussen bijvoorbeeld SEH's, huisartsenposten en mogelijk dienstapotheken, acute ggz en dienstpunten acute wijkverpleging te stimuleren op 'spoedpleinen', kunnen sommige faciliteiten gezamenlijk worden uitgevoerd. Denk bijvoorbeeld aan de baliefunctie en gezamenlijke fysieke triage (in aanvulling op samenwerking rondom de eerste telefonische triage in een zorgcoördinatiecentrum). Ook laagdrempelige consultatie is mogelijk, zoals een huisarts op de HAP die een psychiater of SEH-arts kan vragen om mee te denken als de huisarts twijfelt of iemand moet worden doorverwezen. Intensievere samenwerking tussen ketenpartijen zal ook bijdragen aan meer kennis en begrip over elkaars kennis en kunde en een meer gedeelde werkcultuur.

In 2021 waren er 107 huisartsenposten en 72 daarvan zijn op een ziekenhuisterrein gevestigd.⁴⁵ Bij 20 van deze ziekenhuizen hebben de HAP en SEH een gezamenlijk loket voor fysieke triage waar onder meer bepaald wordt of zelfverwijzers (mensen die op eigen initiatief naar een SEH gaan) door een huisarts of een SEH-arts worden gezien. Dit is een goed voorbeeld van samenwerking, die ervoor zorgt dat een patiënt niet eerst door de huisarts hoeft te worden gezien, als een triagist besluit dat een patiënt SEH-zorg nodig heeft. Ook hoeft de SEH niet opnieuw te triëren als iemand door een huisarts wordt doorgestuurd. Dit zorgt ervoor dat een patiënt sneller door de juiste persoon wordt geholpen en er minder zorgmedewerkers naar dezelfde patiënt hoeven te kijken.

Ervaring met spoedplein

In het CWZ in Nijmegen wordt al ruim 10 jaar gewerkt met een spoedplein, waar naast de SEH, HAP en dienstapotheek ook een tandartsenpost aanwezig is. Resultaten uit 2016 lieten zien dat het spoedplein werkte.⁴⁶ Het aantal mensen dat zonder afspraak naar de SEH kwam (zelfverwijzers) nam in vijf jaar af van 11.000 in 2010 tot 1.200 in 2015. Ook hoeven mensen hun eigen risico niet aan te spreken, onnodige ziekenhuiszorg wordt voorkomen, zowel huisartsenpost als SEH kunnen zich richten op de zorg waarvoor zij zijn bedoeld en medicatie kan direct worden opgehaald in de dienstapotheek.

Voorbeeld POH ggz Spoed op de Huisartsenpost

Voor mensen met psychische of psychosociale klachten die zorg buiten kantooruren nodig hebben, maar niet in aanmerking komen voor de ggz-crisisdienst, levert de HAP een groot deel van de spoedzorg.

Binnen de HAP's in Haarlem zijn er de afgelopen jaren positieve ervaringen opgedaan met een POH ggz Spoed op de HAP. Deze POH ggz Spoed op de HAP

wat in het algemeen wel en wat niet geoorloofd is. Wel kan de ACM in concrete gevallen benaderd worden en helpen nog meer best practices te ontwikkelen.

⁴⁵ VZ info, "Acute zorg | Aanbod | HAP en SEH". <https://www.vzinfo.nl/onderwerpen/acute-zorg/aanbod/hap>

⁴⁶ CWZ, "Vijf jaar Spoedplein: voor spoedzorg direct op de juiste plek", 30 juni 2016. <https://www.cwz.nl/zorgpartner/nieuws/item/vijf-jaar-spoedplein-voor-spoedzorg-direct-op-de-juiste-plek/>

werkt op basis van een telefonische beschikbaarheidsdienst. Na triage en vermoeden van psychosociale problematiek kan in overleg met de regiearts de POH ingeschakeld worden en het contact met de patiënt worden overgenomen vanuit de specifieke ggz-expertise. In een pilot is deze zorginnovatie ook geïmplementeerd op drie nieuwe HAP's in Rotterdam Noord en Zuid en Leiderdorp. De pilot is geëvalueerd en de HAP's ervaren duidelijk een meerwaarde van de inzet van de POH ggz Spoed in termen van verlichting en betere patiëntenzorg. Ondanks dat het aantal patiënten per weekenddag sterk wisselt, geeft de overname van deze patiënten door de POH tijdwinst tijdens een drukke dienst op de HAP. Patiënten lijken deze zorg ook te waarderen. De consulten waarvoor de POH's werden ingeroepen, waren passend bij hun functie en expertise. In 78% van de consulten waren patiënten met een combinatie van verwijzing en/of overbruggingsmedicatie en/of advies van de POH geholpen.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Ik doe met bovenstaande informatie ook de motie van het lid Van der Plas af over het effect van spoedpleinen.⁴⁷

4.1.2 Plannen van acute zorg

Acute zorg is niet onvoorspelbaar. Hoewel niet van tevoren duidelijk is welke patiënt een zorgvraag heeft, is wel op hoofdlijnen voorspelbaar hoe de omvang van de zorgvraag zich gedurende de dag ontwikkelt en is vooraf goed in te schatten met welke zorgvraag patiënten komen. Door in de gehele keten beter inzicht te creëren in de patronen in de zorgvraag, kan de capaciteit hier beter op worden afgestemd en daarmee de toegankelijkheid van de acute zorg worden vergroot. Het gaat hierbij niet alleen om de capaciteit van artsen, verpleegkundigen en verzorgenden van de HAP, SEH, acute ggz of acute wijkverpleging, maar juist ook om de capaciteit van andere partijen in de keten zoals de wijkverpleging, verpleging en verzorging en het sociaal domein. Binnen het ziekenhuis kunnen andere specialismen er in hun planning bijvoorbeeld rekening mee houden dat er in de avonduren nog patiënten op de SEH worden verwacht, zodat de doorstroom in het ziekenhuis kan worden verbeterd. De aanwezigheid van specialisten zal ook een positief effect hebben op de kwaliteit van zorg. En aanbieders van vervolgzorg kunnen met beter inzicht in de zorgvraag patiënten beter opvangen, waardoor de uitstroom kan worden versoepeld. Het beter plannen van acute zorg kan een positief effect hebben op het waar mogelijk voorkomen, maar in ieder geval zo goed mogelijk opvangen van piekdrukke. Het gevolg hiervan kan zijn dat er minder SEH stops nodig zijn, de druk op de huisartsenposten hanteerbaarder wordt en wachttijden voor patiënten korter worden.

4.1.3 Kwaliteitsverbeteringen door differentiatie en samenwerking

Voor het optimaal functioneren van de spoedzorgketen en het bieden van de beste kwaliteit van zorg, is differentiatie nodig. De acute zorgvraag van patiënten bestrijkt zo'n breed gebied, dat het belangrijk is dat niet alle zorgaanbieders alle soorten zorgvragen opvangen. Niet alles kan overal; en niet alles hoeft ook overal. De relatief korte afstanden in Nederland maken dit ook goed mogelijk. De expertise van de zorgaanbieder waar de patiënt wordt geholpen, inclusief de aanwezigheid van specifieke faciliteiten en bemensing, is daarbij van belang. Dit

⁴⁷ Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 359.

geldt zeker voor meer complexe zorgvragen. De praktijk is daar ook al deels op ingericht. Bij een aantal aandoeningen gaat de ambulance – afhankelijk van de diagnose ter plaatse - idealiter niet per definitie naar de SEH van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, maar naar één van de gespecialiseerde ziekenhuizen⁴⁸:

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

- Voor een patiënt met een hartinfarct waarvoor Percutane Coronaire Interventie (PCI) noodzakelijk is zijn er 30 expertisecentra.
- Een patiënt met een herseninfarct bij wie intra-arteriële trombectomie kan worden uitgevoerd kan terecht in een van de 18 ziekenhuizen die daarin zijn gespecialiseerd, intraveneuze trombolysen wordt in 75 centra gedaan.
- Voor acute verloskunde waren er in 2019 74 ziekenhuislocaties met 24/7 acute verloskunde. Hiervan hebben er 10 een perinatologisch centrum met een neonatale intensive care unit.
- Niet stabiele patiënten met ernstig trauma worden vervoerd naar 1 van de 11 level 1-traumacentra.
- Er zijn ongeveer 60 ziekenhuislocaties waar een patiënt met een ruptuur van de buikslagader geopereerd kan worden.

De mogelijkheden voor prehospital triage en het alvast starten van de behandeling door de ambulancemedewerkers worden steeds geavanceerder. Als de ambulanceverpleegkundige al een duidelijk beeld heeft van de diagnose, betekent het dat het mogelijk is om patiënten naar een plek te brengen die gespecialiseerd is in dit ziektebeeld. Specialisatie en differentiatie van SEH's en ziekenhuizen in specifieke hoogcomplexen aandoeningen zorgt er in ieder geval voor dat zorgpaden voor deze patiënten goed kunnen worden ingericht, waardoor de zorg voor de patiënt zo optimaal mogelijk is. De doorstroom in het ziekenhuis en uitstroom naar eventuele vervolgzorg kunnen goed worden geregeld, zodat de patiënt snel op de juiste plek wordt geholpen. Behandeling van patiënten in meer gespecialiseerde centra moet er niet toe leiden dat de doelstellingen van passende zorg uit het oog worden verloren.

4.1.4 Capaciteitsmanagement binnen de instelling

Als verschillende afdelingen binnen een ziekenhuis goed samenwerken en hun plannen op elkaar afstemmen, kan dat leiden tot betere zorg en effectievere inzet van medewerkers en meer werkplezier. Als patiënten immers vanwege drukte tussen afdelingen verplaatst moeten worden zonder dat daar vanuit het aanbod op geanticipeerd is, ontstaat er mogelijk een situatie van onheldere verantwoordelijkheidsverdeling, medewerkers die hun aandacht over verschillende afdelingen moeten verdelen, niet optimaal toegeruste medewerkers en suboptimale zorg. Een goed capaciteitsmanagement over de afdelingen heen kan effectiviteit en doelmatigheid van de zorg vergroten. Ook binnen een instelling voor langdurige zorg kan capaciteitsmanagement van de verschillende soorten bedden leiden tot meer en/of betere zorg, meer ontlasting (en daarmee toegankelijkheid) van de acute zorg en betere inzet van medewerkers.

Capaciteitsmanagement in Slingeland

In het Slingeland ziekenhuis worden vanuit een centraal punt op basis van te verwachten patiëntenstromen bedden, operaties en personeel zo optimaal mogelijk ingeroosterd.

⁴⁸ Gezondheidsraad, "45-minutennorm in de spoedzorg", september 2020.

4.1.5 Differentiatie van openingstijden SEH's in de nachten

Er zijn in totaal 82 ziekenhuislocaties met een SEH. Hiervan zijn 80 locaties 24/7 geopend. Al deze SEH's hebben dag en nacht hun SEH volledig bemand, in principe volgens de normen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Dat betekent dat er volgens de normen minstens één arts en enkele verpleegkundigen aanwezig zijn, maar ook dat onder andere diverse specialisten, een OK-team en radiologie korte tijd na oproep beschikbaar zijn. Er staan dus ook 's nachts veel mensen paraat om goede SEH-zorg te kunnen bieden. Een uitvraag van het RIVM over de implementatie het Kwaliteitskader Spoedzorgketen laat echter zien dat de meerderheid van de ziekenhuizen de normen voor SEH's per 1 juli 2022 nog niet volledig geïmplementeerd had.⁴⁹

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Uit cijfers van de NZa⁵⁰ blijkt dat er bij 18 SEH's in de periode tussen 23:00 en 7:00 uur gemiddeld minder dan twee patiënten per ambulance worden binnengebracht. In veel regio's in Nederland zitten diverse 24/7 SEH's op korte afstand van elkaar. Verandering van openingstijden van SEH's, bijvoorbeeld het (roulerend) sluiten van SEH's in de nachten in regio's waar de afstand tussen de verschillende posten beperkt is, leidt tot minder inzet van zorgmedewerkers in de nachten, waardoor er meer mensen zijn die overdag en in de avonden inzetbaar zijn. Bij afspraken in de regio over de openingstijden van SEH's zouden ook de inzet van medewerkers op verschillende SEH's, de benodigde capaciteit aan ambulancezorg, de openingstijden van huisartsenposten en de relatie met de vervolgzorg moeten worden betrokken.

4.1.6 Doelgroepgerichte samenwerking

Kwetsbare ouderen komen relatief vaak op de SEH terecht na een periode van verslechterde gezondheid thuis. Mensen met ggz-problematiek en personen met verward gedrag komen op diverse plekken de acute zorgketen binnen. Het kan zinvol zijn om voor sommige patiëntengroepen specifieke plannen te maken met ketenpartijen in het ROAZ, omdat een specifieke aanpak kan helpen om voor deze patiënten de instroom, doorstroom en uitstroom in de zorg te verbeteren. Die plannen kunnen bijvoorbeeld gericht zijn op het voorkomen van acute zorg voor deze patiënten of op afspraken die ertoe leiden dat deze patiënten direct de juiste zorg op de juiste plek ontvangen. Bij het ontwikkelen van een aanpak voor kwetsbare ouderen is het ook van belang om aandacht te hebben voor langdurige zorg thuis, die steeds vaker wordt ingezet.

De juiste zorg op de juiste plek voor kwetsbare ouderen

In Zoetermeer werken de eerstelijns, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (vvt) en ziekenhuis samen om (zware) acute zorgvragen van kwetsbare ouderen te voorkomen en eerder in de keten te verhelpen. Daartoe worden meerdere projecten in samenhang uitgevoerd. Op dit moment draaien pilots voor REO-bedden (Regionaal Expertisecentrum Ouderen) een centraal coördinatiepunt en een diagnostisch zorgpad voor kwetsbare ouderen. Alle hebben zij als doel om als een probleem zich aandient, de oudere zo snel mogelijk een passende diagnose of passende opvang te kunnen bieden en de huisarts zo goed mogelijk te ontzorgen. Dit is onderdeel van een bredere

⁴⁹ RIVM, "Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2022", Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 361.

⁵⁰ NZa, "Passende acute zorg", Kamerstukken II, 2021/22, 29247, nr. 348.

4.1.7 Samenwerking met en tussen grensregio's aan beide kanten van de grens

Samenwerking tussen partijen in de acute zorg kan uiteraard ook meerwaarde hebben over de landsgrenzen heen. In veel grensregio's zijn er bijvoorbeeld al operationele afspraken met betrekking tot grensoverstijgende ambulancezorg. In 2020 zou er een rondetafelbijeenkomst worden georganiseerd over grensoverstijgende samenwerking in de ambulancezorg tussen Nederland en Duitsland. Deze heeft door de Covid-crisis niet kunnen plaatsvinden. Inmiddels is het contact weer hervat en heeft er eind mei 2022 een overleg plaatsgevonden over hoe dit onderwerp verder te brengen. Tijdens het overleg zijn een aantal thema's gesignaleerd voor nadere samenwerking, waaronder het rijden met optische en geluidssignalen, vervoer van opiaten, communicatie en wederzijdse erkenning van diploma's. Zowel de Duitse als Nederlandse ministeries zullen de betreffende ambulancediensten in de grensgebieden uitnodigen om met deze thema's aan de slag te gaan en begin 2023 bijeen te komen in een rondetafel. Voor het eind van het jaar komen de Nederlandse RAV's van de betreffende regio's samen om goede voorbeelden op te halen en te verzamelen in een handboek. Met betrekking tot erkenning van diploma's worden de komende periode met de betrokken partners mogelijke oplossingsrichtingen geanalyseerd. Er zal begin 2023 een bijeenkomst worden georganiseerd om met deze thema's verder aan de slag te gaan, de goede voorbeelden uit te wisselen en eventuele overstijgende of wettelijke problemen te destilleren. Daarin worden ook de uitkomsten van de gesprekken met de ambulancediensten en partijen betrokken bij de wederzijdse erkenning diploma's met elkaar besproken met als doel om te bezien welke aanvullende acties in gang moeten worden gezet om knelpunten weg te nemen. Hiermee doe ik de volgende moties en toezeggingen af: de toezegging over de ronde tafelbijeenkomst over grensoverstijgende ambulancezorg, gedaan tijdens het debat van 24 juni 2020 over de Wet Ambulancezorgvoorzieningen, de motie van het lid Van der Graaf c.s. om in overleg te treden met de relevante Nederlandse en Duitse partners en hierbij afspraken te maken over wederzijdse erkenning van diploma's⁵², en de toezegging dat ik de Kamer zal informeren over verdere voortgang van de uitvoering van de motie Den Boer c.s. over het in gesprek gaan met partners in de grensregio's om grensoverstijgende spoedzorg structureel te borgen en ruimte te laten voor maatwerk⁵³.

4.2 Acties samenwerking in de regio

Samenwerking in de acute zorg is nodig op alle niveaus: van lokaal tot nationaal en zelfs grensoverstijgend. Leidend in de ordening van de acute zorg is de ROAZ-regio. Ik ga via het ROAZ partijen stimuleren om nog beter samen te werken. Meer samenwerking op andere schaal juich ik uiteraard ook toe. Ik acht het ROAZ een geschikt platform om samenwerkingsafspraken te maken, omdat alle betrokken zorgaanbieders uit de keten daarin zijn vertegenwoordigd en zorgverzekeraars bij het ROAZ zijn aangesloten. De zorgaanbieders hebben de taak om afspraken te maken "met betrekking tot de beschikbaarheid en

⁵¹ <https://www.zoetermeer2025.nl/>

⁵² Kamerstukken II, 2016/17, 32 851, nr. 65.

⁵³ Kamerstukken II, 2017/18, 32 851, nr. 44.

bereikbaarheid van de acute zorg in hun regio alsmede de voorbereiding op het verlenen van die zorg.”⁵⁴ Bovendien kunnen onderdelen van de gewenste samenwerking alleen op de schaal van het ROAZ vormgegeven worden.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

- Ik vraag daarom aan de partijen in de ROAZ-en om samenwerkingsafspraken te maken die bijdragen aan het toekomstbestendig organiseren van de acute zorg. Om de totstandkoming van deze samenwerkingsafspraken zo goed mogelijk te stimuleren, faciliteren en feitelijk te onderbouwen, heb ik in het IZA afgesproken dat elk ROAZ stelt een plan van aanpak op voor acute zorg in de regio. Waar nodig kan een ROAZ-regio nog onderverdeeld zijn in subregio's. Het ROAZ-plan komt tot stand op basis van drie stappen:
 1. Criteria voor de ROAZ-beelden en -plannen worden uiterlijk eind 2022 gezamenlijk vastgesteld.
 2. Elke ROAZ-regio heeft uiterlijk halverwege 2023 een ROAZ-beeld opgesteld.
 3. Eind 2023 heeft elke ROAZ-regio een ROAZ-plan geformuleerd op basis van het ROAZ-beeld, het kwaliteitskader spoedzorgketen en andere uitgangspunten in het IZA. Elk ROAZ-plan bestaat uit twee delen, namelijk ROAZ-opgaven en ROAZ-afspraken. In de ROAZ-opgaven bepalen de ROAZ-partijen wat de belangrijkste transformatieopgaven in de regio zijn om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de acute zorg duurzaam te borgen. Voor de prioritaire opgaven in de regio maken zorgpartijen afspraken welke partijen met welke oplossingen aan de slag gaan en op welke schaal, op welke (meetbare) resultaatafspraken daarbij wordt gestuurd (werkagenda) en hoe de voortgang inzichtelijk wordt gemaakt. Het ROAZ-plan behelst nadrukkelijk afspraken op hoofdlijnen en betreft de prioritaire regio-opgaven. Specifieke afspraken worden dan ook decentraal tussen zorgpartijen gemaakt in verschillende specifieke transformatieplannen. Daadwerkelijke transformatie gebeurt op basis van specifieke transformatieplannen in lijn met de ROAZ-plannen.⁵⁵

5. Randvoorwaarden: innovatie

Om tot een toekomstbestendige acute zorg te komen, moet voldaan zijn aan een aantal randvoorwaarden. Eén van deze randvoorwaarden is het maximaal toepassen van innovatie. Onder innovatie verstaan we het ontwikkelen en implementeren van nieuwe werkwijzen, producten of processen. Het doel van innovatie is inspelen op (toekomstige) problematiek; het is noodzakelijk om de kwaliteit van zorg te verbeteren, de druk voor zorgmedewerkers te verminderen en hun werkplezier en -gemak te vergroten.

Komende jaren wil ik daarom inzetten op het verder verbeteren van de informatievoorziening voor zorgmedewerkers in de acute zorgketen. Het is belangrijk dat medische gegevens binnen de acute zorgketen op het juiste

⁵⁴ Artikel 8A.2, Uitvoeringsbesluit Wkkgz.

⁵⁵ Het IZA bevat een verdere uitwerking van de afspraken over de acute zorg en de ROAZ-plannen.

moment aanwezig zijn; dat is hier, nog meer dan bij andere vormen van zorg, van groot belang. Daarom wil ik inzetten op het verder stimuleren van elektronische gegevensuitwisseling en het wegnemen van belemmeringen die de uitwisseling van deze gegevens in spoedeisende situaties nu bemoeilijken.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

In het kader van innovatie is artificiële intelligentie (AI) ook een onderwerp van aandacht. AI kan behulpzaam zijn voor snellere diagnoses, accurate behandelingen en beter geïnlichte patiënten. AI zou ook van ondersteunende waarde kunnen zijn bij zorgcoördinatie en triage.

5.1 Gegevensuitwisseling

In deze paragraaf gaat het over uitwisseling van (medische) persoonsgegevens over de patiënt met het oog op de kwaliteit van de zorg.

5.1.1 Belang van gegevensuitwisseling in de acute zorg

Zorg wordt in toenemende mate geleverd in een keten of een netwerk en coördinatie van zorg wordt steeds belangrijker. Zonder goede gegevensdeling tussen de verschillende betrokken zorgprofessionals krijgt de patiënt wellicht teveel of te weinig of niet de beste zorg of pas in latere instantie de juiste zorg of wordt de zorgvraag die in eerste instantie niet acuut is, later alsnog acuut. Voor de kwaliteit van leven van de patiënt, voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg en de tijdsbesteding van schaarse zorgmedewerkers is dit op zijn minst suboptimaal en in sommige gevallen funest.

Gegevensuitwisseling nodig wegens kwaliteit en patiëntveiligheid

Uit een enquête van de Federatie van Medisch Specialisten blijkt dat 80% van de deelnemende medisch specialisten van mening is dat gebrekkige gegevensuitwisseling de patiëntveiligheid onder druk zet.⁵⁶ De deelnemende specialisten deelden ruim 450 voorbeelden van consequenties van gebrekkige gegevensuitwisseling. 60% van de deelnemers ziet gebrekkige gegevensuitwisseling als een obstakel voor de transitie naar de juiste zorg op de juiste plek. Als een patiënt bijvoorbeeld acuut geopereerd moet worden en het is niet bekend dat de patiënt antistollingsmedicatie gebruikt, dan zijn de risico's groot. Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie onder een specifieke groep patiënten blijkt dat een groot deel van de deelnemers (92%) het belangrijk vindt dat hun medische gegevens uitgewisseld kunnen worden door zorgverleners met wie zij te maken krijgen, 58% vindt dit zelfs heel belangrijk.⁵⁷

In de spoedzorg is de beschikbaarheid van de juiste informatie over de patiënt in het bijzonder van belang, omdat het kan gaan om levensbedreigende situaties waarin weinig tijd of mogelijkheid is om op het moment van de zorgvraag nog telefonisch informatie op te vragen. De minister voor Medische Zorg en Sport heeft in een brief van 20 december 2019⁵⁸ de Tweede Kamer reeds toegezegd zich ervoor in te zetten dat de medische gegevens van de patiënt waarover de huisarts

⁵⁶ Federatie Medisch Specialisten, "Infographic uitkomsten peiling gegevensuitwisseling".

⁵⁷ Ter verduidelijking: dit onderzoek is gedaan onder patiënten met een gemiddelde leeftijd van 67+ met chronische aandoeningen. Patiëntenfederatie Nederland, "Rapportage Uitwisselen medische gegevens", september 2021.

⁵⁸ Kamerstukken II, 2019/20, 27 529, nr. 211.

beschikt op korte termijn voor spoedzorg sneller (digitaal) beschikbaar komen.

Relevante gegevens in geval van spoedzorg zijn volgens betrokken veldpartijen tenminste de gegevens zoals vastgelegd in de door de beroepsgroep bepaalde 'professionele samenvatting' (hierna PS⁵⁹). De PS is een minimale set van medische gegevens uit het huisartsendossier voor waarneming, ook wel Huisartswaarneemgegevens (Hwg) genoemd.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Een goede en snelle gegevensuitwisseling vergt dat de technische voorzieningen in orde zijn en dat de wettelijke grondslagen voor gegevensuitwisseling zo geregeld zijn, dat ze in de praktijk goed werken.

5.1.2 Technische voorzieningen

De landelijke branche- en beroepsorganisaties van aanbieders van spoedzorg, Patiëntenfederatie Nederland, het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) en Nictiz werken in het programma Met spoed beschikbaar (MSB) samen om de digitale gegevensuitwisseling in de spoedzorgketen te realiseren. Het doel van MSB is de implementatie van de Richtlijn gegevensuitwisseling huisartsen – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp.⁶⁰ MSB ondersteunt zorgaanbieders bij het inbedden van digitale berichten in zorgprocessen en zorgsystemen en ondersteunt ICT-aanbieders bij het inbouwen en kwalificeren van berichten in hun systemen.

5.1.3 Toestemming van de patiënt

Gegevens kunnen al dan niet uitgewisseld worden via een elektronisch uitwisselingssysteem (EUS). In het geval van acute zorg is uitwisseling via een EUS meestal de snelste route, omdat de gegevens dan klaar staan om indien nodig geraadpleegd te worden. Dit is vanuit het acute zorgperspectief het meest wenselijk, omdat er dan geen tijd verloren gaat aan het achterhalen van gegevens. De Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) bepaalt dat een zorgaanbieder gegevens van de cliënt slechts via een EUS beschikbaar stelt, voor zover de zorgaanbieder heeft vastgesteld dat de cliënt daartoe uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven. Een cliënt die dergelijke toestemming geeft, geeft daarmee in beginsel ook toestemming voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim en, indien aan de voorwaarden uit de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) voor toestemming wordt voldaan, voor verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens als bedoeld in de AVG.

Momenteel ontbreekt van veel Nederlanders toestemming voor het klaarzetten van de gegevens voor onbekend gebruik later. Huisartsen geven aan dat zij niet verwachten dat het aantal toestemmingen toeneemt als deze verder worden uitgevraagd. Daarbij is het uitvragen en registreren van de toestemmingen door de huisarts een grote administratieve last, die ten koste gaat van de tijd en

⁵⁹ Zie Richtlijn Gegevensuitwisseling huisartsen – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp 2014, p. 17 en 18 voor een beschrijving van de professionele samenvatting. Een actualisatie van de richtlijn is aanstaande.

⁶⁰ Deze richtlijn geeft de berichten- en gegevenssets die nodig zijn om de informatievoorziening binnen de acute zorg adequaat te ondersteunen. Deze richtlijn vormt de basis voor de informatiestandaard die op technisch niveau de berichten en gegevens beschrijft.

aandacht voor de patiënt in de spreekkamer. Het vragen van miljoenen Nederlanders om toestemming voor allerlei specifieke gegevensuitwisselingen is bovendien naar verwachting een langdurig proces, waardoor een lange tijd niet aan iedereen de gewenste goede acute zorg kan worden geboden.⁶¹

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

5.1.4 Corona Opt-in en duurzame oplossing

Reeds in 2019 is aangegeven te werken aan een duurzame oplossing voor het ontbreken van de juiste toestemmingen voor elektronische gegevensuitwisseling via een EUS bij acute zorg.⁶² De Covid-pandemie heeft de behoefte daaraan enorm versterkt. In overleg met de Autoriteit Persoonsgegevens (AP), de IGJ en het Openbaar Ministerie (OM) is, wegens de hoge druk op de zorg, de tijdelijke gedoogconstructie 'Corona Opt-in' gecreëerd. De Corona Opt-in gaat in spoedsituaties uit van veronderstelde toestemming vooraf voor beschikbaarstelling van gegevens in een EUS, onder voorwaarde dat ter plaatse om toestemming van de patiënt voor het raadplegen van de PS wordt gevraagd. Na afloop van de Covid-pandemie wordt teruggekeerd naar de normale situatie, wat tot gevolg heeft dat uitdrukkelijke toestemming vooraf weer nodig zal zijn. Dit is onwenselijk aangezien dan van een groot deel van de Nederlandse bevolking bij acute zorg geen gegevens bekend zijn. Om die reden is in de brief van 30 april 2021 aan uw Kamer medegedeeld dat wordt gewerkt aan een duurzame oplossing.⁶³

In dit kader zijn de afgelopen periode gesprekken gevoerd met partijen uit het zorg- en privacyveld. Zoals aangegeven in mijn brief van 9 mei 2022 zal de voorkeursoplossing de aanpassing van wet- en regelgeving zijn, zodat gegevens beter beschikbaar komen.⁶⁴ De wetswijziging wordt momenteel voorbereid. Beoogd is te regelen dat voor het verlenen van acute zorg door de zorgaanbieder gegevens ten behoeve van raadpleging door partijen in de acute zorgketen zonder toestemming, maar met *opt-out* mogelijkheid voor de patiënt, beschikbaar kunnen worden gesteld of kunnen worden verstrekt. Op deze wijze zijn de relevante medische gegevens beschikbaar, maar kunnen patiënten tegelijkertijd zelf regie behouden middels het uiten van bezwaar tegen de beschikbaarstelling of verstrekking van de gegevens.

5.1.5 Acties gegevensuitwisseling

- Ik stel vanaf 2023 en 2024 middelen beschikbaar voor een vervolg op het programma MSB met het oog op verdere implementatie van de Richtlijn gegevensuitwisseling huisartsen – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp. Ik verwacht dan ook dat zorgaanbieders en ICT-leveranciers hier optimaal gebruik van maken en de kansen op ondersteuning maximaal benutten. De extra financiële impuls betekent ook dat ik onderzoek of ik – in overleg met het zorgveld – gegevensuitwisseling in geval van acute zorg op de meerjarenagenda van het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) ga zetten.
- Ik zal partijen vragen de reikwijdte van de Richtlijn gegevensuitwisseling huisartsen – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp uit te breiden, mede in relatie tot beoogde uitbreiding van de

⁶¹ Kamerstukken II, 2021/22, 27 529, nr. 276.

⁶² Kamerstukken II, 2019/20, 27 529, nr. 211.

⁶³ Kamerstukken II, 2020/21, 27 529, nr. 262.

⁶⁴ Kamerstukken II, 2021/22, 27 529, nr. 276.

reikwijdte van het Kwaliteitskader spoedzorgketen, zodat digitale uitwisseling van gegevens tussen meer categorieën zorgaanbieders in de acute keten bevorderd wordt. Tevens zal ik – zoals genoemd in hoofdstuk 2 – partijen verzoeken om een informatieparagraaf toe te voegen aan het Kwaliteitskader spoedzorgketen.

- Ik heb een wetswijziging in voorbereiding die een opt-out regelt voor het beschikbaar stellen en verstrekken van gegevens met het oog op acute zorg. Ik streef ernaar een wetsvoorstel bij u in te dienen rond de zomer van 2023.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

5.2 Digitalisering, innovaties en e-health

Volgens onderzoek uitgevoerd in opdracht van FME, de ondernemersorganisatie voor de technologische industrie, genaamd 'Uitweg uit de schaarste', is het tekort aan personeel in de zorg op te lossen door de implementatie van eenvoudige, bestaande technologie.⁶⁵ Op alle niveaus ontbreekt het echter aan kennis over zorgtechnologie. Dit is problematisch wegens het uitblijven van innovatie als gevolg.

Voor de reactie op het rapport 'Uitweg uit de schaarste' verwijs ik u naar een brief van de minister voor LZS, die op 30 juni 2022 aan uw Kamer is gezonden, waarin mede namens mij op het rapport 'Uitweg uit de schaarste' wordt gereageerd.⁶⁶ In deze brief wordt aangegeven dat de minister voor LZS eind 2022 een concrete uitwerking van de arbeidsbesparende technologische en sociale innovaties naar de Kamer zal sturen.

E-health, innovaties en digitalisering kunnen een positieve bijdrage leveren aan de acute zorg. Hieronder licht ik voorbeelden van e-health, van innovatie en van digitalisering toe.

Voorbeeld Spreekuur.nl

Een succesvol voorbeeld van digitalisering en e-health is [Spreekuur.nl](https://spreekuur.nl). Patiënten krijgen via dit platform een digitaal consult bij vragen over verschillende klachten. Het digitale consult wordt door de patiënt zelf voorbereid, na het doorlopen van vragen ten aanzien van triage en anamnese. Tenslotte voegt de patiënt een foto toe. Binnenkort volgt een nieuwe functie waardoor de patiënt snel helderheid krijgt over het urgentieniveau van de klachten. Spreekuur.nl is toegankelijk in zes zorggebieden en inmiddels zijn meer dan vijftigduizend digitale consulten afgenomen.⁶⁷ Spreekuur.nl wordt ingezet door huisartsenposten, ook bij spoedvragen.

Voorbeeld Thuisarts.nl

Via de website [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) kan eenieder informatie opzoeken over gezondheid en ziekte. Daarbij is op de website ook te vinden of iemand met een zorgvraag naar de (huis)arts moet gaan of wie kan helpen bij de zorgvraag in kwestie. De informatie op thuisarts.nl wordt begrijpelijk opgeschreven, waarbij ervoor wordt gezorgd dat de informatie klopt op basis van de relevante richtlijnen uit het veld. Wanneer geen richtlijn bestaat, worden andere bronnen zoals wetenschappelijke artikelen, medische boeken en standpunten van artsen

⁶⁵ Gupta Strategists in opdracht van FME, "Rapport Uitweg uit de schaarste", mei 2022.

⁶⁶ Kamerstukken II, 2021/22, 27 529, nr. 279.

⁶⁷ Skipr, "Opmars van digitale huisartsendienst in Nederland", 18 mei 2022.

<https://www.skipr.nl/nieuws/opmars-van-digitale-huisartsendienst-in-nederland/>

gebruikt. Thuisarts.nl kan de instroom in de acute zorg verminderen door bij te dragen aan een juiste informatiestroom aan patiënten, wat kan bijdragen aan het tegengaan van onnodige instroom op bijvoorbeeld de HAP of bij de huisarts.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Voorbeeld Talking Traffic

De ambulancesector is aangesloten op het Talking Traffic platform, een initiatief van het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat. Dankzij deze aansluiting kunnen slimme verkeerslichten een groene loper creëren voor de ambulance en kunnen andere weggebruikers worden gewaarschuwd voor naderende ambulances. Veiligheid van de patiënt is het voornaamste doel, maar een verwacht neveneffect is een snellere aanrijtijd naar patiënt en ziekenhuis.

Voorbeeld Vooraankondiging vanuit ambulance aan ziekenhuis

Aanrijdende ambulances sturen via het landelijke schakelpunt van AZN informatie over de (gezondheidstoestand van) een patiënt naar het ziekenhuis ten behoeve van een succesvolle overdracht, zodat het ziekenhuis reeds voorbereid kan zijn op de komst van de patiënt. De vooraankondiging is een gestandaardiseerd bericht, gebaseerd op de Richtlijn gegevensuitwisseling huisartsen – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp.

Om tot een betere toepassing van e-health en digitalisering te komen en innovaties te realiseren, is van belang dat organisaties zich lerend opstellen. In dat kader zijn wetenschapsdagen, zoals bijvoorbeeld periodiek georganiseerd door AZN, goede voorbeelden.

5.2.1 Medische innovaties in de ambulancezorg

Niet enkel technische innovaties kunnen een bijdrage leveren aan de acute zorg. Ook medische innovaties zijn van groot belang om de kwaliteit van de acute zorg op peil te houden. In de ambulance vinden waardevolle medische innovaties plaats. Hieronder schets ik een aantal voorbeelden.

Voorbeeld onderzoek in ambulance bij herseninfarct

De ELECTRA-STROKE-studie (gepresenteerd tijdens een wetenschapsdag van AZN) wordt gecoördineerd vanuit het Amsterdam UMC (locatie AMC) en heeft tot doel dat patiënten direct naar het juiste ziekenhuis worden gebracht, wanneer zij door de ambulance zijn meegenomen met een groot herseninfarct. Het onderzoek bekijkt of met elektro-encefalografie (EEG) een groot herseninfarct bij een occlusie van een groot bloedvat (LVO) al in de ambulance kan worden gedetecteerd. Gevolg zou zijn dat de patiënt direct naar het ziekenhuis kan waar de standaardbehandeling in deze gevallen wordt geleverd. Het onderzoek is nog niet afgerond, maar het laat zien dat aan innovaties wordt gewerkt.⁶⁸

Eerste voorbeeld verminderen spoedritten bij hartklachten

Een ander voorbeeld van medische innovaties binnen de ambulancezorg is te

⁶⁸ AMC, "ELEKTRA-STROKE studie". <https://www.amc.nl/web/research-75/trials-collaborations/electra-stroke-studie-1.htm>

vinden in nog lopend onderzoek van cardioloog Cyril Camaro verbonden aan het RadboudUMC te Nijmegen. Middels een troponine-meting kan worden bepaald of een patiënt wel of geen acute hartaanval heeft. Voorheen kon een troponine-meting enkel plaatsvinden in het ziekenhuis. Er bestaan inmiddels draagbare apparaten die gebruikt kunnen worden om bij de patiënt thuis een troponine-meting uit te voeren en te bepalen of de patiënt door de ambulance zal moeten worden meegenomen. Dit zou kunnen bijdragen aan een doelmatige inzet van ambulances en kan ongeveer de helft van de spoedritten in het geval van patiënten met hartklachten besparen.⁶⁹

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Tweede voorbeeld verminderen spoedritten bij hartklachten

Het reeds afgeronde onderzoek FamouS Triage richtte zich ook op een pre-hospitale troponine-meting (in combinatie met een HEART-score). Onderzocht werd of de HEART-score in combinatie met die pre-hospitale bepaling van het high sensitive troponine een valide triage instrument is om tot een voorspelling te komen van een acuut coronair syndroom bij patiënten met pijn op de borst. Het onderzoek heeft laten zien dat dit triage-model haalbaar is en niet onder doet voor het vervoeren van alle patiënten met pijn op de borst.⁷⁰

5.2.2 Acties digitalisering, innovaties en e-health

- In het IZA zijn afspraken gemaakt over het bevorderen van hybride zorg (een mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg). Sectoren gaan onderzoeken welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg. Van veldpartijen verwacht ik vervolgens dat deze hybride zorg toegankelijk is en partijen inclusiviteit van deze zorg bevorderen.
- De komende tijd zullen vanuit nieuwe akkoorden zoals het IZA, het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) extra impulsen worden gegeven aan de implementatie van technologische en sociale innovaties. Eind 2022 zal de minister voor LZS de uitwerking van de arbeidsbesparende technologische en sociale innovaties binnen het IZA, WOZO en TAZ naar de Kamer sturen.⁷¹

5.3 Artificiële intelligentie

Onder AI verstaan we systemen die intelligent gedrag vertonen door hun omgeving te analyseren en – met een zekere mate van zelfstandigheid – actie ondernemen om specifieke doelen te bereiken.⁷² Ten aanzien van AI-toepassingen voor gezondheid en zorg valt te denken aan het gebruik van voorspelmodellen in preventie, diagnostiek of behandeling of het accuraat kunnen beoordelen van beeld, spraak of samenvatten van klinische teksten.

⁶⁹ Cardioloog Camaro via RTL Nieuws, Veel onnodige spoedritten bij hartinfarcten: 'Ambulance is traumatisch', 30 mei 2022.

⁷⁰ R. Tolfsma e.a., "Referral decisions based on a pre-hospital HEART score in suspected non-ST-elevation acute coronary syndrome: final results of the FamouS Triage study", 2021. In: European Heart Journal.

⁷¹ Kamerstukken II, 2021/22, 27 529, nr. 279.

⁷² Definitie van de Europese Commissie (COM(2018) 795 final) zoals die is verwoord in het Strategisch Actieplan voor AI (SAPAI): bijlage bij Kamerstukken II, 2019/20, 26 643, nr. 640.

In mijn brief van 9 mei 2022 over waardevolle AI voor gezondheid heb ik aangegeven het belangrijk te vinden dat AI ook binnen de zorgsector op een betrouwbare en mensgerichte wijze wordt ontwikkeld en ingezet.⁷³ De focus ligt daarbij op inzet van AI die in de praktijk merkbaar waarde toevoegt voor de professional, patiënt of burger in gezondheid en zorg. Op dit moment vinden te weinig AI-toepassingen hun weg naar de praktijk door tal van belemmeringen. Leren in de praktijk is nodig om beter te worden. Binnen de acute zorg staat AI momenteel ook nog in de kinderschoenen. In mijn brief van 9 mei 2022 heb ik aangegeven uw Kamer eind 2022 te informeren over mijn beleid op het meervoudig gebruik van data en over de voortgang van mijn beleid met betrekking tot AI.⁷⁴

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Ook binnen Europa is AI een agendapunt. De Europese Unie (EU) constateert dat de technieken van AI naast voordelen ook nieuwe risico's of negatieve gevolgen met zich mee kunnen brengen. De EU streeft om die reden naar een evenwichtige aanpak, waarin burgers de voordelen van AI kunnen genieten volgens de waarden, grondrechten en beginselen van de EU. Middels de Artificial Intelligence Act⁷⁵, die momenteel door de Europese Commissie wordt voorbereid, maakt de Commissie wetgeving voor een gecoördineerde Europese aanpak van de implicaties die AI met zich mee kan brengen.

Er bestaan wel veelbelovende AI toepassingen die kunnen bijdragen aan een verbetering van de acute zorg. Een plek binnen de acute zorgketen waar AI van toegevoegde en ondersteunende waarde zou kunnen zijn is bij de triage en zorgcoördinatie. AI kan bijdragen aan het verbeteren van triage middels het analyseren van diverse patiëntfactoren.⁷⁶

5.3.1 AI en ambulances

In mijn brief van 19 april 2022⁷⁷ heb ik de toezegging gedaan aan AZN en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) te vragen mij te informeren over de ontwikkelingen rondom kunstmatige intelligentie in de ambulancezorg, naar aanleiding van de motie Van den Berg⁷⁸. Hiertoe heb ik vanuit AZN een notitie ontvangen, die ik als bijlage 4 bij deze brief voeg. AZN geeft aan dat er verschillende systemen zijn ontwikkeld om de spreiding en beschikbaarheid van ambulances te optimaliseren, gebruikmakend van kunstmatige intelligentie, en dat deze systemen door verschillende RAV's worden of zijn beproefd, met wisselende uitkomsten. Het is aan de RAV's zelf om te bepalen of en welke systemen zij willen aanschaffen, maar de kennis en ervaringen hieromtrent worden binnen AZN veelvuldig gedeeld waardoor er een cyclus van leren en verbeteren ontstaat. Ook andere initiatieven binnen de ambulancezorg dragen bij aan (sneller) de juiste zorg bieden aan een patiënt, daarvoor verwijs ik naar de notitie van AZN. ZN geeft aan enthousiast te zijn over

⁷³ Kamerstukken II, 2021/22, 27 529, nr. 275.

⁷⁴ Kamerstukken II, 2021/22, 27 529, nr. 275.

⁷⁵ Europese Commissie, "Voorstel voor een Verordening van het Europees Parlement en de Raad tot vaststelling van geharmoniseerde regels betreffende artificiële intelligentie (wet op de artificiële intelligentie) en tot wijziging van bepaalde wetgevingshandelingen van de Unie", 21 april 2021.

⁷⁶ A. Kirubarajan, A. Taher, S. Khan & S. Masood, "Artificial intelligence in emergency medicine: a scoping review", 2020. In: JACEP Open 2020, 1, p. 1691-1702.

⁷⁷ Kamerstukken II, 2021/22, 29247, nr. 350.

⁷⁸ Kamerstukken II, 2021/22, 29247, nr. 347.

de digitalisering in de ambulancezorg en is bezig met het beoordelen van de effectiviteit van een aantal zaken die in de notitie zijn genoemd. Ik zal AZN en ZN vragen om de komende tijd te benutten om een nadere analyse van het gebruik van de systemen te doen en mij voor de zomer van 2023 te informeren over de kwaliteit, resultaten en voor- en nadelen hiervan. De motie van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over kunstmatige intelligentie in de ambulancezorg en het effect daarvan op aanrijtijden beschouw ik hierbij dan ook als afgehandeld.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Positionering van ambulances en ondersteunende systemen

Op alle meldkamers werken centralisten met Dynamisch Ambulance Management (DAM). Dit betekent dat ambulances niet altijd op de vaste standplaats blijven staan maar tussen oproepen door dusdanig worden gepositioneerd dat zij maximaal effectief inzetbaar zijn. Centralisten doen dit op basis van de eigen kennis en ervaring binnen de regio, maar worden in enkele regio's ondersteund door systemen die op basis van historische data en wiskundige modellen voorspellen waar statistisch gezien de positionering van de ambulance op dat moment het gunstigste is. Over de gehele regio genomen lijkt dit gunstige effecten te hebben op de aanrijtijden. Dit betekent echter niet dat dit een verbetering oplevert voor elke gemeente binnen de regio. Mogelijk gevolg van het volledig leunen op dergelijke systemen is dat ambulances worden onttrokken aan (afgelegen) gebieden waar de kans op een inzet het kleinst is. Dit kan de dekking in dit gebied raken. Een goede balans tussen de mogelijkheden van systemen en de menselijke factor is in het positioneren van ambulances dan ook van belang. RAV's blijven ontwikkelingen in binnen- en buitenland nauwlettend in de gaten houden en ervaringen met elkaar uitwisselen.

5.3.2 Acties artificiële intelligentie

- Voor de vervolgstappen omtrent mijn beleid inzake AI verwijs ik u naar mijn brief van 9 mei 2022 over waardevolle AI voor gezondheid.⁷⁹
- Ik zal AZN en ZN vragen om de komende tijd te benutten om een nadere analyse van het gebruik van de systemen te doen en mij voor de zomer van 2023 te informeren over de kwaliteit, resultaten en voor- en nadelen hiervan.

6. Randvoorwaarden: Bekostiging

6.1 Bekostiging en beschikbaarheid

Het is van belang dat de bekostiging van de acute zorg een goede ketenbrede afweging stimuleert over welke beschikbaarheid waar georganiseerd wordt. Want als de juiste zorg niet op het juiste moment beschikbaar is, kan dit bij acute zorgvragen direct leiden tot gezondheidsrisico's voor de patiënt. Tegelijkertijd kan te veel beschikbaarheid ook ten koste gaan van een slimme inzet van schaarse zorgmedewerkers. Bovendien kan ook de kwaliteit van zorg in het geding komen als medewerkers te weinig patiënten zien, omdat bijvoorbeeld volumennormen niet gehaald worden.

⁷⁹ Kamerstukken II, 2021/22, 27 529, nr. 275.

In de praktijk krijgt beschikbaarheid van acute zorg op verschillende manieren een plek in de contractering. De basis wordt daarbij steeds gevormd door de geldende toegankelijkheidsnormen, waarbij het vervolgens aan aanbieders en verzekeraars is om die normen te vertalen naar een geschikte organisatie met de juiste beschikbaarheid en passende bekostiging. Het verschilt echter per sector binnen welke kaders de contractering vervolgens plaatsvindt. In sommige sectoren zijn aangewezen aanbieders verantwoordelijk voor de toegankelijkheid in een regio. Dan worden met verzekeraars budgetten afgesproken die de benodigde beschikbaarheid en spreiding aan capaciteit in die regio dekken: dat geldt voor de ambulancezorg, de bekostiging van huisartsenposten en de acute ggz. Deze vormen van zorg worden door zorgverzekeraars in representatie ingekocht. Voor andere onderdelen, waaronder SEH's en acute verloskunde, wordt de acute zorg vanuit reguliere (niet-acute) prestaties en tarieven (DBC's) bekostigd. Afspraken over de kwaliteit en toegankelijkheid vormen in dat geval onderdeel van de bredere contractafspraken met de instelling. Ook voor dienstapotheken loopt de bekostiging via prestaties en tarieven. Zorgverzekeraars maken hierover in representatie specifieke afspraken met de betrokken apotheken. In de wijkverpleging is sinds kort sprake van een aparte betaaltitel voor onplanbare ANW-zorg om de contractering daarvan te vergemakkelijken. In uitzonderingsgevallen bestaat tot slot de mogelijkheid om, onder strenge voorwaarden, een beschikbaarheidsbijdrage van de overheid in te zetten, zoals voor de mobiel medische teams en de ambulancehelikopter voor de Friese Waddeneilanden en voor sommige SEH's en afdelingen acute verloskunde die, als één van de voorwaarden, gevoelig zijn voor de huidige 45-minutennorm. De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie vanuit overheidsmiddelen en voor deze bijdrage is er daarom geen inkooprol voor verzekeraars.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Hieronder ga ik in op de vraag in hoeverre de huidige manier van financieren, bekostigen en inkopen toekomstbestendig is in het licht van de uitdagingen op het gebied van personeel en de gewenste kwaliteit en toegankelijkheid. Daarmee kom ik tegemoet aan mijn toezegging aan het lid Ellemet uit het debat van 24 februari jl. om te onderzoeken of het verstandig/wenselijk is om per definitie een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen aan alle SEH-posten. Ook ga ik in op de motie van het lid Maeijer⁸⁰ om te onderzoeken of het verstandig is om van SEH's, Intensive Cares (IC) en persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) een niet-economische dienst van algemeen belang te maken, mede in het licht van pandemische paraatheid, en geef ik antwoord op de mondelinge vraag van het lid Agema tijdens het mondelinge vragenuur op dinsdag 5 juli jl. om IC-bedden een niet-economische dienst van algemeen belang te maken.

Ik ga hiermee ook in op de betreffende onderdelen uit het advies Passende acute zorg van de NZa⁸¹, waarin de mogelijkheden voor het betalen voor beschikbaarheid voor SEH's nader verkend zijn. De NZa gaat daarin onder andere in op de vraag in hoeverre wijzigingen in de bekostiging kunnen bijdragen aan passende acute zorg. Haar conclusie is dat meer bekostiging op basis van beschikbaarheid voor SEH's op termijn passend is, maar alleen als eerst een doelmatige organisatie van de acute zorg op basis van een nieuw normenkader gerealiseerd wordt. In zo'n normenkader moet volgens de NZa worden opgenomen in welke mate welke zorg waar beschikbaar dient te zijn. Zolang dit normenkader niet ontwikkeld en in de praktijk is gebracht, voorziet de NZa een

⁸⁰ Kamerstukken II, 2021/22, 35 766, nr. 4.

⁸¹ Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 348.

reëel risico dat sectorbrede bekostiging van alle SEH's op basis van beschikbaarheid tot minder doelmatigheid leidt.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

6.2 Visie op het betalen voor beschikbaarheid in de acute zorgketen

Veranderingen in het betalen voor beschikbaarheid kunnen grofweg op twee manieren worden vormgegeven: via contractering binnen de bestaande (hierboven kort geschetste) kaders voor financiering en bekostiging, of door aanpassing van die kaders.⁸² In het eerste geval wordt een beroep op zorgaanbieders en zorgverzekeraars gedaan⁸³ om de gewenste samenwerking via onderlinge afspraken vorm te geven en te bekostigen binnen de huidige kaders. In het tweede geval wordt juist van zorgaanbieders en zorgverzekeraars verwacht zich aan te passen aan opgelegde veranderingen in wet- en regelgeving voor inkoop en bekostiging, en vervolgens in lijn met en gestimuleerd door die veranderingen te komen tot samenwerking met het oog op goede en toegankelijke zorg voor iedereen en een zorgvuldige inzet van medewerkers.

Ik wil voor de korte termijn met name inzetten op mogelijkheden die via contractering binnen de bestaande kaders bestaan. Dat heeft een aantal redenen. Ten eerste ben ik van mening dat de gewenste samenwerking via de contractering binnen de huidige kaders vormgegeven kan worden en het past bij de verantwoordelijkheid van partijen. Zorgverzekeraars dragen vanuit hun zorgplicht in het bijzonder de verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van een samenhangende acute zorg voor hun verzekerden die voldoet aan de geldende normen. In iedere sector kent de bekostiging ook ruimte om in de contracten afspraken te maken over het stimuleren van goede kwaliteit, samenwerking en prestaties op het gebied van toegankelijkheid.⁸⁴ Dit geldt ook voor de inkoop in representatie door zorgverzekeraars, zoals bij de huisartsenposten, ambulancezorg en acute ggz. Door afspraken over samenwerking en toegankelijkheid te laten landen in de contracten, kan daarnaast makkelijker de samenhang worden gezocht met andere ontwikkelingen in de organisatie op het gebied van kwaliteit, samenwerking en eventuele taakherschikkingen. Samenwerkingsafspraken met het oog op de noodzakelijke kwaliteit en toegankelijkheid zijn ook goed binnen de breder geldende wet- en regelgeving te maken. Een tweede reden om terughoudend te zijn met wijzigingen in wet – en regelgeving voor bekostiging is dat dergelijke aanpassingen vaak (tijdelijk) leiden tot veel onzekerheid en extra administratieve lasten voor zowel aanbieders als inkopers, waardoor een zekere basis om zorginhoudelijke veranderingen door te voeren onder druk komt te staan. De laatste reden is dat ik de analyse van de NZa over passende acute zorg deel dat grote aanpassingen in de bekostiging gericht op beschikbaarheid zonder een aangepast normenkader tot ondoelmatigheid en daarmee op termijn ook tot verlies van kwaliteit kunnen leiden.

- Ik heb daarom in het IZA bestuurlijke afspraken gemaakt om de contractering te ondersteunen. Ik verwacht daartoe van partijen in het ROAZ dat zij een aanpak opstellen voor het waarborgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg voor patiënten in de regio (zie ook

⁸² Onder 'contractering binnen de bestaande kaders', bedoel ik ook de inkoop in representatie door zorgverzekeraars zoals in de ambulancezorg en bij huisartsenposten.

⁸³ Voor waar plannen voor de acute zorg aan hun inkoop raakt, geldt dit beroep ook voor zorgkantoren.

⁸⁴ Zie bijvoorbeeld: ZN, "Visie Acute Zorg", april 2022.

hoofdstuk 4). Het gaat daarbij om de borging van bestaande toegankelijkheidsnormen en goede afspraken voor het geval een SEH tijdelijk niet alle patiënten kan opvangen, maar ook om het flexibel doorontwikkelen van de organisatie in de regio en passende contractering. Daarbij moet in ieder geval aangesloten worden bij ontwikkelingen in de normen voor kwaliteit en toegankelijkheid en wordt steeds gekeken naar kansen om door samenwerking de kwaliteit en toegankelijkheid in de keten verder te verbeteren.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Desalniettemin sluit ik niet uit dat de bekostiging en inkoop van de acute zorg structureel gezien beter kunnen. De wijze van bekostiging en inkoop van acute zorg moet de juiste beweging immers stimuleren en effectieve sturing hierop mogelijk maken. Zoals hierboven uiteengezet, krijgt beschikbaarheid op dit moment op diverse verschillende manieren een plek in de contractering, mede door de verschillen in kaders tussen de sectoren, wat samenwerking mogelijk bemoeilijkt. Ik ben het ook met de NZa eens dat aanpassingen in de bekostiging, in samenhang met ontwikkelingen in de normen voor kwaliteit en toegankelijkheid, op de middellange termijn mogelijk bij kunnen dragen aan een betere organisatie van acute zorg in de keten.

Voor de middellange termijn wil ik daarom verkennen welke mogelijkheden er zijn voor aanpassingen in de kaders voor financiering, bekostiging en zorginkoop. Daarbij geldt dat geld inhoud moet volgen. Als bijvoorbeeld blijkt dat de benodigde kwaliteit, samenwerking en toegankelijkheid via contractering binnen de bestaande kaders onvoldoende geborgd is of onvoldoende doelmatig ingevuld kan worden, is het denkbaar om de bekostiging van de acute zorg voor meer onderdelen los te knippen van de bekostiging van de reguliere zorg in sectoren waar dat nog niet het geval is. Er kan in dit verband worden gedacht aan (onderdelen van) de zorg op SEH's en afdelingen acute verloskunde.⁸⁵ De ontwikkelingen in het veld kunnen hier nadere input voor verschaffen. Daarnaast wil ik verkennen hoe een meer uniforme bekostiging van de acute zorg bij kan dragen aan betere samenwerking in de keten.

- Ik zal de komende tijd verkennen wat de kansen en risico's zijn van een mogelijke aanpassing van kaders voor de bekostiging en inkoop van acute zorg, en begin 2023 de NZa opdracht geven de mogelijkheden in de uitvoering nader te onderzoeken. Ik zal de NZa vragen het onderzoek eind 2023 op te leveren. Onderdeel van het onderzoek is ook om te verkennen of het mogelijk is om op regionaal niveau al te experimenteren op het gebied van de bekostiging, bijvoorbeeld door middel van een regionale bekostigingspilot.

6.3 Reactie op de motie en toezegging over beschikbaarheidsfinanciering

In het verlengde van deze overwegingen geef ik, in reactie op de toezegging aan het lid Ellemée uit het debat van 24 februari 2022 om te bekijken of het verstandig en/of wenselijk is om SEH-posten te bekostigen via beschikbaarheidsfinanciering en in reactie op de motie van het lid Maeijer voor zover het gaat over SEH-financiering, ook aan dat ik op korte termijn niet inzet op grote wijzigingen in de bekostiging van alle SEH-posten. Zoals ik in hoofdstuk 2.4 heb aangegeven ga ik op termijn de 45-minutennorm afschaffen en mede daardoor zal ook de beschikbaarheidsbijdrage SEH in de huidige vorm op termijn

⁸⁵ In het bijzonder wanneer zij niet gevoelig zijn voor 45-minutennorm en daarmee buiten het bereik van de beschikbaarheidsbijdrage blijven.

komen te vervallen. Ik ga de 45-minutennorm en de beschikbaarheidsbijdrage vervangen door nieuwe normen en instrumenten om de toegankelijkheid van de zorg in heel Nederland te borgen. Meer in het algemeen kan voor de financiering en bekostiging van beschikbaarheid via een beschikbaarheidsbijdrage – een subsidie op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) – gesteld worden dat deze bedoeld is als uitzondering die alleen in specifieke situaties na een zorgvuldige afweging en als laatste redmiddel wordt ingezet, mede ook vanwege staatssteunaspecten. In mijn verkenning voor de middellange termijn loopt het onderzoeken van een vorm van beschikbaarheidsfinanciering voor SEH's en afdelingen acute verloskunde wel mee.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Tot slot sluit ik, in reactie op de motie van het lid Maeijer en de vraag van het lid Agema wat betreft de beschikbaarheid van intensive care-capaciteit en persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's), aan bij de beleidsagenda pandemische paraatheid die ik uw Kamer op 14 april heb doen toekomen.⁸⁶ Daarin heb ik aangegeven dat, om beter voorbereid te zijn op een volgende crisis, het belangrijk is om te werken aan een flexibele opschaling. Centraal daarbij is de flexibele beschikbaarheid van personeel. In de Covid-pandemie bleek met name de inzetbaarheid van personeel een knelpunt voor de verdere opschaling van met name de intensive care-capaciteit. Gelet op de tekorten in zowel de zorg als in andere sectoren, is het niet realistisch dat het aantal zorgmedewerkers verder zal toenemen in de komende jaren. In het geval van een volgende pandemie moet daarom gekeken worden naar andere manieren van organiseren om de zorg kwalitatief en toegankelijk te houden. Dat kan bijvoorbeeld door de mogelijkheden voor sociale en technologische innovatie optimaal te benutten. Anderzijds zal gekeken worden naar flexibeler opleiden, zodat zorgmedewerkers voorbereid zijn om aan de slag te kunnen bij een acute zorgvraag. De inzet van bijvoorbeeld de opleiding Basis Acute zorg (BAZ) draagt hieraan bij. Zoals in de Kamerbrief 'Nadere uitwerking lange termijn aanpak COVID-19' staat, deelt het kabinet het advies van de taskforce ondersteuning zorgpersoneel om de opleiding BAZ eenmalig te verruimen gezien de positieve ervaringen, groeiende instroom en bijdrage aan een flexibele inzet van medewerkers, ook in andere zorgbranches.⁸⁷ Ook zet ik in op goed en continue inzicht in beschikbare capaciteit, zodat knelpunten snel herkend kunnen worden en er gericht gestuurd kan worden op oplossingen daarvan.

In de beleidsagenda pandemische paraatheid heb ik verder aangegeven dat, om ongewenste strategische afhankelijkheden en kwetsbaarheden in de medische productieketens te verminderen, het kabinet wil investeren in open strategische autonomie, bijvoorbeeld door diversificatie van toeleveringsketens en het stimuleren van productie van medische producten dicht bij huis. Dicht bij huis wil zeggen binnen Nederland en de EU. Hierbij bekijk ik de mogelijkheden voor het investeren in opschaalbare productiecapaciteit van enkele PBM.

7. Randvoorwaarden: Regie

7.1 Waarom aan de slag met regie door de overheid?

Ik vraag om leiderschap van de zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgverleners

⁸⁶ Kamerstukken II, 2021/22, 25 295, nr. 1836.

⁸⁷ Kamerstukken II, 2021/22, 25 295, nr. 1883.

en andere betrokkenen, onder andere in ROAZ-verband en om te doen wat nodig is om de integrale samenwerking in de acute zorg te bevorderen. De vragen die ik in deze beleidsagenda aan partijen in het veld stel zijn niet vrijblijvend. Nauwe samenwerkingen zijn immers nodig om kwalitatief goede zorg voor iedereen in Nederland toegankelijk te houden. Wanneer er de komende tijd onvoldoende voortgang wordt geboekt, dan zal de overheid versnelling aanbrengen. Ik zie het als mijn verantwoordelijkheid om te bevorderen dat er meer wordt samengewerkt bij triage, behandeling en nazorg. In het huidige stelsel zijn mijn instrumenten relatief beperkt. Het maken van afspraken over kwaliteitsnormen, samenwerking en de organisatie van de acute zorg is grotendeels voorbehouden aan zorgmedewerkers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ik leg daarom nadrukkelijk eerst de verantwoordelijkheid bij veldpartijen neer en ik verwacht dat zij deze verantwoordelijkheid nemen in het belang van de huidige en toekomstige patiënten en burgers en patiënten hier ook bij betrekken. Tegelijkertijd ga ik verkennen welke mogelijkheden en instrumenten de overheid aanvullend kan inzetten om ontwikkelingen in de organisatie van de acute zorg vorm te geven als dat nodig blijkt te zijn.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

7.2 Landelijke regie

Het ZIN kan een regisserende rol nemen bij het tot stand komen van kwaliteitsstandaarden met de tripartiete partijen (organisaties van cliënten, zorgaanbieders of zorgverleners, en zorgverzekeraars of zorgkantoren), onder andere door op verzoek van partijen het opstellen of aanpassen van zulke standaarden op de meerjarenagenda van het ZIN te zetten. Indien nodig kan ik ook aan het ZIN vragen om een onderwerp op de meerjarenagenda te plaatsen. Als veldpartijen de opleverdatum van een kwaliteitsproduct op de meerjarenagenda niet halen, kan het ZIN doorzettingsmacht gebruiken. Doorzettingsmacht betekent dat het ZIN deels of geheel de regie overneemt en de Kwaliteitsraad van het ZIN verzoekt om het kwaliteitsproduct op te stellen in overleg met de relevante organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Ik zie het ook als mijn rol om waar nodig landelijke kaders te stellen voor goede zorg voor iedereen. Zo heb ik partijen gevraagd om de structurele vormgeving van zorgcoördinatie uit te werken, maar hen daarbij wel een aantal kaders meegegeven (zie hoofdstuk 3). Ook voor eventuele aanpassingen in de bekostiging stel ik uiteindelijk de kaders, bijvoorbeeld door de NZa een opdracht te geven mogelijke aanpassingen in de bekostiging te verkennen (zie hoofdstuk 6). Het is de bedoeling dat er ook landelijke kaders komen voor goede en toegankelijke zorg als alternatief voor de 45-minutennorm. Ook zullen er landelijke criteria worden ontwikkeld voor de ROAZ-beelden en -plannen.

7.3 Regionale regie

De elf traumacentra in Nederland hebben de wettelijke taak om in hun regio een ROAZ te organiseren.⁸⁸ Het doel van dit overleg is om afspraken te maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de regio. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat het ROAZ hét gremium is waar regionale afspraken worden gemaakt over de acute zorg voor en door alle partijen in de

⁸⁸ Uitvoeringsbesluit Wkkgz, het relevante onderdeel wordt ook wel "amvb acute zorg" genoemd.

keten. In de Amvb acute zorg (Uitvoeringsbesluit Wkkgz) is daarom geregeld dat bijvoorbeeld ook aanbieders van wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, Wlz-zorg en geriatrische revalidatiezorg deelnemers zijn van het ROAZ. Ook is geregeld dat tenminste de grootste zorgverzekeraar in de regio moet worden uitgenodigd en dat de andere zorgverzekeraars worden geïnformeerd. Er is wettelijk niets geregeld over wie de voorzitter is van het overleg. In de praktijk is dat vaak de bestuursvoorzitter van het traumacentrum, de grootste zorgaanbieder in de regio. Besluiten worden genomen bij consensus.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

De grote drukte in de acute zorg en de noodzaak om de acute zorg toekomstbestendig te maken vraagt veel van de ROAZ-en en de ondersteunende bureaus. Ik heb in deze beleidsagenda ook diverse vragen bij de ROAZ-en neergelegd. Gezien de grote opgave waar de ROAZ-en voor staan, wil ik kijken naar de governance van de ROAZ-en, de betrokkenheid van alle partijen in de keten en in het bijzonder naar de rol van de voorzitter: is het zinvol te regelen wie de voorzitter van het ROAZ zou moeten zijn, hoe die functionaris benoemd zou moeten worden en op basis van welke criteria? Wat zouden de bevoegdheden van de voorzitter moeten zijn en hoe verhouden die zich tot de rol van de zorgverzekeraars? Hoe wordt het patiëntenperspectief in het ROAZ meegenomen? Hierover ga ik in gesprek met het veld.

7.4 Regie en sturing in crisistijd

De COVID-19-pandemie maakte zichtbaar dat in een decentraal en deels privaat georganiseerd zorglandschap het aan instrumentarium ontbreekt om op landelijk niveau vanuit het belang van publieke gezondheid en zorgcontinuïteit te kunnen sturen wanneer een uitbraak de hele gezondheidszorg raakt. Dit wordt ook gesignaleerd in het eerste deel van het onderzoek naar de COVID-19- pandemie van de Onderzoeksraad voor Veiligheid.⁸⁹ Zoals ik al eerder heb aangekondigd, ga ik voorbereidingen treffen om centrale sturing en regie in crisistijd wettelijk te borgen en daarbij de verschillende verantwoordelijkheden te expliciteren.⁹⁰

Bij een grote gezondheids crisis is het van belang dat de hele zorgketen in de regio samenwerkt en betrokken is, waarbij de verbinding met het generieke stelsel van crisisbeheersing is geborgd ingevolge de Wet veiligheidsregio's (Wvr). Vanuit het publieke belang van veiligheid maakt de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) als onderdeel van de veiligheidsregio afspraken met de betreffende geneeskundige zorgaanbieders over hun inzet tijdens rampen en crises en de voorbereiding daarop en wordt uit dien hoofde tevens vertegenwoordigd door de directeur Publieke Gezondheid (DPG) in het ROAZ. Het ROAZ is de plek om deze samenwerking in de zorgketen te laten plaatsvinden. De verbinding die de afgelopen tijd in de ROAZ-en is gelegd tussen partijen in de curatieve zorg, langdurige zorg en de publieke gezondheid wil ik behouden en waar nodig uitbreiden in lijn met huidige regelgeving. Brede samenwerking in de keten en coördinatie en eenduidige regie zijn nodig voor een goede organisatie van de acute zorg. In crisistijd kan de bestaande samenwerking snel en vloeiend worden opgeschaald.

7.5 Acties regie

⁸⁹ Kamerstukken II, 2021/22, 25 295, nr. 1808.

⁹⁰ Kamerstukken II, 2021/22, 25 295, nr. 1883.

- Ik ga verkennen welke aanvullende instrumenten de overheid in kan zetten om samenwerking in de acute zorg te versnellen, mocht dit nodig blijken te zijn. Ik zal hiervoor onder andere in overleg gaan met het veld over het verminderen van de vrijblijvendheid en het organiseren van regie in regio's. Daarbij betrek ik de vraag hoe deze mogelijkheden zich verhouden tot de huidige verantwoordelijkheidsverdeling in het zorgstelsel, mede in relatie tot de Wvr.
- Ik verken de positionering van de ROAZ-voorzitter, vanwege het belang van deze positie voor de gehele zorgketen. Ook ga ik in gesprek over een effectieve governance van het ROAZ. Daarbij zal ook de positie van de DPG vanuit zijn verantwoordelijkheid als hoofd van de GHOR betrokken worden.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

8. Randvoorwaarden: Aandacht voor behoud en het opleiden van zorgmedewerkers

8.1 Behoud en opleiden van zorgmedewerkers

In de hoofdlijnenbrief Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg die uw Kamer op 13 mei 2022⁹¹ heeft ontvangen, schetst het kabinet op hoofdlijnen de opdracht die we voor alle partijen zien ten aanzien van de uitdagingen op de arbeidsmarkt in zorg en welzijn. De komende jaren is het doel het anders organiseren van werk verder te brengen, om zo de vraag naar zorgmedewerkers te dempen. Hierbij moet er ervoor gezorgd worden dat er voldoende ruimte is voor het behoud van medewerkers door goed werkgeverschap, voor leren/ontwikkelen, en voor innovatie van werkvormen en technieken zodat de sector zorg en welzijn (weer) een fijne sector is om in te werken. De contouren van het arbeidsmarktbeleid worden nader vormgegeven in het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en zijn specifiek ingevuld in het IZA.

Deze beleidsbrief staat vol met concrete ideeën om de acute zorg toegankelijk te houden in een situatie van stijgende zorgvraag in combinatie met brede arbeidsmarktkrapte. Daarvoor is het van groot belang dat met en door zorgmedewerkers wordt nagedacht over hoe we de (acute) zorg anders kunnen organiseren. Zeggenschap voor medewerkers is een essentieel en overkoepelend thema. Om hier uitvoering aan te geven heeft VWS ten behoeve van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg een klankbordgroep ingesteld bestaande uit medewerkers vanuit verschillende beroepen in de zorg, waaronder ook medewerkers uit de acute zorg. Aanvullend lopen er verschillende beleidsmatige initiatieven om zeggenschap voor zorgmedewerkers op organisatieniveau te stimuleren.

Tot slot is het van groot belang dat zorgorganisaties blijven investeren in het opleiden van nieuwe medewerkers. Concreet voor het opleiden van medewerkers in de acute zorg draagt VWS hieraan bij door voor de instroom in de door VWS bekostigde opleidingen bij voorkeur het advies van het Capaciteitsorgaan te volgen. Ook ondersteunt en stimuleert VWS de ontwikkeling van modulair onderwijs, om meer flexibiliteit en snelle inzetbaarheid van zorgmedewerkers te bereiken.

8.2 Acties zorgmedewerkers

⁹¹ Kamerstukken II, 2021/22, 29 282, nr. 462.

- Mijn collega-minister voor LZS stuurt in het najaar een uitgewerkt programmaplan 'Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg; Samen anders leren en werken' naar de Kamer. In dit programma worden concrete acties vastgelegd met landelijke en regionale partijen voor de arbeidsmarkt zorg en welzijn breed, waaronder dus ook de acute zorg.
- In het IZA zijn verdere afspraken gemaakt over de arbeidsmarkt, zoals over het creëren van professionele ruimte ten behoeve van de transitie naar arbeidsbesparende passende zorg, het via goed werkgeverschap vergroten van werkplezier en behoud van zorgverleners, de vermindering van regeldruk in combinatie met het vertrouwen op professionele oordeel zorgverleners en het voldoende opleiden van zorgprofessionals.
- Mijn collega-minister voor LZS komt met een subsidieregeling, waarbij maximaal 255 zorgorganisaties kans maken op een subsidiebedrag van 50.000 euro om aan de slag te gaan met zeggenschap.
- Ik volg bij voorkeur de adviezen van het Capaciteitsorgaan voor wat betreft het opleiden van medewerkers in de acute zorg, waaronder de SEH-artsen en SEH-verpleegkundigen en stel daarvoor kostendekkende financiering beschikbaar.

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

9. Uitvoering, doorontwikkeling en monitoring

9.1 Monitoring

Ik vind het van belang om de effecten van het beleid te monitoren, zowel op landelijk als op regionaal niveau. De regiobeelden en regioplannen van de ROAZ'en zullen meer inzicht geven in de acties die op regionaal niveau plaatsvinden.

- Ik zal met betrokken partijen verder uitwerken op welke manier de implementatie en effecten van zorgcoördinatie en van (aanpassing van) kwaliteitsnormen inzichtelijk kunnen worden gemaakt.
- Daarnaast ga ik in gesprek met het RIVM en de NZa om beter in beeld te brengen welke indicatoren we kunnen gebruiken om effecten van de ontwikkelingen in de acute zorg te meten. Daarbij heb ik in ieder geval aandacht voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg, gegeven de beschikbare menskracht.

9.2 Betrokkenheid partijen

Mede op basis van deze beleidsagenda wil ik, samen met betrokken partijen, stap voor stap de noodzakelijke veranderingen in de acute zorg realiseren. Omdat dit een dynamisch proces zal zijn waarbij veel partijen betrokken zijn, vind ik het van belang om het proces in nauwe samenwerking met partijen te doorlopen en steeds weer te verbeteren.

- Ik richt een landelijke klankbordgroep acute zorg in, waarin ik met partijen de acties uit deze beleidsagenda verder zal uitwerken, de uitvoering zal volgen en waar nodig zal bijsturen.
- In het IZA heb ik met partijen afspraken gemaakt over de acute zorg, die aansluiten bij de noodzakelijke veranderingen zoals beschreven in deze beleidsagenda.

- In het najaar van 2023 zal ik uw Kamer informeren over de stand van zaken van de uitvoering van deze agenda.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

10. Tot slot

Dag en nacht staan zorgmedewerkers klaar om zorg te verlenen aan mensen die dat acuut nodig hebben. Van de huisarts die een baby met koorts onderzoekt en de wijkverpleegkundige die bij iemand thuis een kapot infuus vervangt, tot ambulance- en ziekenhuismedewerkers die een slachtoffer van een ernstig ongeval helpen en de psychiater die iemand opvangt met acute psychiatrische problemen. De druk op de acute zorg is hoog en alle zorgmedewerkers in de acute zorg zullen dit regelmatig ervaren. Ik heb waardering voor al die mensen die met hart en ziel hun werk doen om patiënten zo goed mogelijk te helpen.

We willen allemaal dat patiënten de acute zorg krijgen die zij nodig hebben, nu en in de toekomst. Alle betrokkenen kunnen hun steentje bijdragen aan het realiseren van dit doel: patiënten, zorgmedewerkers, decentrale overheden, zorgverzekeraars, bestuurders in de zorg, et cetera. Mede op basis van deze beleidsagenda kunnen we met zijn allen aan de slag om kwalitatief goede zorg ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk te houden.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers

Bijlage 1: Ontwikkelingen in de acute zorg

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van ontwikkelingen in de acute zorg op het gebied van 1) de toename in de vraag naar acute zorg, 2) druk op de capaciteit door personele schaarste en 3) de kwaliteit van acute zorg. Voor dit overzicht is onder andere gebruik gemaakt van het overzicht 'Feiten en cijfers acute zorg' dat het RIVM in juni 2022 heeft opgeleverd.⁹²

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

1. Vraag naar acute zorg neemt toe

1a. Demografische ontwikkeling tot 2030 laat groei in gebruik acute zorg zien

Net als in andere zorgsectoren leidt vergrijzing tot een toenemende druk op de acute zorg. Met een hogere leeftijd van de patiënt neemt immers ook het risico op acute zorgvragen toe. Dat is het meest het geval in de ambulancezorg, waar ruim 30% van de ambulanceritten voor mensen van 75 jaar en ouder is.⁹³ Dat leidt ertoe dat de verwachte groei van de zorgvraag in ambulancezorg op basis van demografie de komende jaren naar verwachting met 1,4% per jaar toeneemt (zie tabel 1). Voor de spoedeisende hulp (SEH) en huisartsenposten is dit met respectievelijk 1,1% en 0,8% per jaar iets lager. Als we deze groei extrapoleren van 2019 tot 2030, zien we dat de demografie zorgt voor een extra druk van 9% tot 16%.

Tabel 1. Groei in gebruik acute zorg op basis van demografische ontwikkelingen⁹⁴

	Groei per jaar op basis van demografische ontwikkelingen	Gestegen gebruik in 2030 ten opzichte van 2019
Huisartsenpost (HAP)	+0,8%	+9,2%
Ambulancezorg	+1,4%	+16,5%
Spoedeisende hulp (SEH)	+1,1%	+12,8%

1b. Ontwikkelingen met autonome groei meegewogen geven verschillend beeld tussen sectoren en regio's

De ontwikkeling van het zorggebruik wordt door meer factoren bepaald dan alleen demografie, zoals effecten van beleidsontwikkeling, gebruik van medische technologie en sociaal-culturele aspecten (ook wel autonome groei). Een prognose van de ontwikkelingen in het zorggebruik voor de periode 2019-2030 laat grote verschillen per sector zien. Er wordt verwacht dat het gebruik van ambulancezorg met 4,1% per jaar toeneemt.⁹⁵ Als we dit extrapoleren van 2019 naar 2030, komen we uit op een totale groei van ruim 55%. Tegelijkertijd wordt verwacht dat het gebruik van de SEH juist met gemiddeld 2,6% per jaar zal afnemen⁹⁶, wat een

⁹² Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 361. Zie ook <https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg/acute-zorg>.

⁹³ AZN, "Sectorkompas Ambulancezorg", 2021.

⁹⁴ RIVM, "Trendanalyse en toekomstverkenning gebruik acute zorg: macromodellering", 2021.

⁹⁵ Gebaseerd op een analyse van het zorggebruik in de periode 2012-2019. De 4,1% per jaar is demografie en restgroei samen; RIVM, "Trendanalyse en toekomstverkenning gebruik acute zorg: macromodellering", 2021.

⁹⁶ Toelichting RIVM: er zijn twee belangrijke onzekerheden in deze trendanalyse: 1) het is gebaseerd op een relatief korte periode van data uit 2016-2018 en 2) het is een selectie op basis van dbc's (zie ook hoofdstuk 6 Bronnen en methoden van de NZa Informatiekaart acute zorg). De vraag is in hoeverre deze trend de recente ontwikkelingen in SEH-gebruik representeert. Er is tot op heden nog geen nieuw trendonderzoek gedaan. Wel blijkt uit onderzoek dat een stijging van aantal lichte letsels bij de huisarts en HAP samenvalt met een daling op de SEH (Panneman e.a., "Stijging lichte letsels bij de huisarts valt samen met daling op de SEH", 2020. <https://vzinfo.nl/acute-zorg/gebruik/seh>).

afname van ruim 25% tussen 2019 en 2030 zou betekenen. Voor het gebruik van de huisartsenposten wordt verwacht dat dit met gemiddeld 1,2% per jaar toeneemt.⁹⁷ Daar komt bij dat ook de ontwikkelingen per regio sterk uiteenlopen. In tabel 2 zijn de verschillen weergegeven. Het is onzeker of genoemde dalingen en stijgingen zich in de toekomst blijven voordoen. De verkenningen op basis van demografische ontwikkelingen gaan uit van ongewijzigd beleid en trekken de trends van de betreffende periodes door naar de toekomst. De verkenningen gaan uit van het zorggebruik in basisjaar 2019.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Tabel 2. Groei in gebruik acute zorg op basis van demografische ontwikkelingen en autonome groei en groei per regio⁹⁸

	Groei per jaar op basis van demografische ontwikkelingen en autonome groei	
	Nederland totaal	Per regio
Huisartsenpost (HAP)	+1,2%	-0,6% - +2,2%
Ambulancezorg	+4,1%	+2,8% - +4,8%
Spoedeisende hulp (SEH)	-2,6%	-4,1% - -1,6%

1c. Trendcijfers afgelopen jaren verschillend per sector⁹⁹

- Cijfers uit de benchmarkbulletins van InEen laten een stijging zien in het aantal verrichtingen op de huisartsenpost tussen 2010 en 2019 en ook tussen 2014 en 2019, met een kleine fluctuaties van minder verrichtingen in 2013 en 2014 dan in 2010.¹⁰⁰ Deze totaal aantal verrichtingen zijn een optelsom van consulten, telefonisch consulten en visites. Cijfers van de NZa laten zien dat het aantal consulteenheden in 2019 is gedaald en op vergelijkbaar niveau is als in 2015. Deze trendanalyse is gebaseerd op gewogen consulteenheden.¹⁰¹ Er is een grote verschuiving te zien in het aantal telefonische consulten en visites, waarbij het aantal visites is gedaald en de telefonische consulten zijn gestegen.
- Van 2016-2019 stegen de ambulance-inzetten van 1313 duizend naar 1346 duizend.¹⁰² Op de spoedeisende hulp (SEH) is het totaal aantal spoedeisende zorgvragen tussen 2015 en 2019 gedaald van 2,35 naar 2,25 miljoen.¹⁰³ Mogelijk dat in deze daling meespeelt dat in deze periode meer geïntegreerde spoedposten zijn ontstaan, waarin HAP en SEH samenwerken. Deze trend zal afvlakken in de toekomst, omdat op enig

⁹⁷ Gebaseerd op de trends van 2014-2019.

⁹⁸ RIVM, "Trendanalyse en toekomstverkenning gebruik acute zorg: macromodellering", 2021.

⁹⁹ Bij de meeste reeksen in deze ontwikkelingenanalyse zijn de cijfers van 2020 en later niet meegenomen vanwege de uitzonderlijke situatie in de covid-crisis. Deze cijfers laten zien dat het zorggebruik binnen de gehele acute zorgketen in 2020 tijdelijk stagneerde. Dit valt te verklaren door de uitbraak van covid-19 en de maatregelen die getroffen waren om de verspreiding van het virus in te dammen, zoals de lockdowns en thuiswerkadviezen. De afname van de reguliere patiëntenstroom was groter dan de toename als gevolg van de patiënten met het covid-19 virus. Hierdoor was er in de uitzonderlijke periode 2020 een afname van de zorgvraag binnen de gehele acute zorgketen (NZa, "Monitor acute zorg", 2022, Update cijfers acute zorg 2016-2020). De zorgzwaarte van covid-patiënten was echter erg hoog door onder andere het ziekteverloop en het gebruik van beschermende middelen. Daardoor was de druk op de zorg dermate hoog dat de planbare zorg in ziekenhuizen zeer ver is afgeschaald met uitgestelde zorg tot gevolg. Veel personeel uit de acute zorgketen is in deze periode ingezet voor covid-zorg.

¹⁰⁰ RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022. Kamerstukken II 2021/22, 29 247, nr. 361.

¹⁰¹ NZa, "Monitor acute zorg", 2020.

¹⁰² RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

¹⁰³ RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

moment elke SEH – indien gewenst – waarschijnlijk een geïntegreerde samenwerking met de HAP zal kunnen hebben.

- Het aantal crisiscontacten in de acute ggz is gedaald van 60,6 duizend in 2016 naar 55,1 duizend in 2019.¹⁰⁴
- Het aantal patiënten dat gebruik maakt van eerstelijnsverblijf was in 2016 29,7 duizend, in 2019 was dat een stuk hoger met 39,9 duizend patiënten. In 2018 lag dit nog iets hoger met 40,4 duizend patiënten.¹⁰⁵

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

1d. Zorgzwaarte neemt toe door vergrijzing

Een goede weging van de ontwikkelingen is ingewikkeld, omdat dit bekeken moet worden in een bredere context van ontwikkelingen in bijvoorbeeld zorgzwaarte en -complexiteit die de komende jaren naar verwachting ook toeneemt door dubbele vergrijzing. Het aandeel 65-plussers in de patiëntenpopulatie op de HAP stijgt van 23% in 2019 naar 28% in 2030.¹⁰⁶ Het aandeel 65-plussers in de patiëntenpopulatie van de ambulancezorg neemt toe van 48% in 2019 naar 56% in 2030. Het aandeel patiënten op de SEH van 65-jaar en ouder neemt toe van 35% in 2019 tot 42% in 2030. Deze ontwikkeling heeft gevolgen voor zowel het aantal patiënten in de acute zorg als ook de zorgzwaarte van deze patiënten, omdat bij oudere patiënten vaker sprake is van co-morbiditeit en/of een complexe zorgvraag.¹⁰⁷

1e. De zorgvraag van burgers komt niet altijd op de juiste plek

Niet alle burgers weten met welke vraag ze bij welke zorgaanbieder moeten zijn, of waar bepaalde zorg voor bedoeld is. Huisartsenposten worden vaak gebeld voor niet-acute zorgvragen, waarbij een reden kan zijn dat de patiënt de gevraagde zorg graag in de avond wil en overdag niet naar de eigen huisarts kan of wil. Ook zijn op dit moment wachttijden bij de huisarts overdag geregeld lang waardoor burgers er ook voor kiezen om met een niet-urgente zorgvraag de huisartsenpost te bellen. Uit de benchmark huisartsenposten 2020 van InEen blijkt dat meer dan 50% van de telefonische consulten aan de huisartsenpost een lage urgentie hebben en tot de volgende dag kunnen wachten.¹⁰⁸ Dit percentage is de afgelopen jaren niet toegenomen (zelfs licht gedaald, van 81% in 2014 naar 75% in 2019¹⁰⁹), maar de zorgzwaarte is wel toegenomen, zo geeft InEen aan. Dit lijkt ook te blijken uit de cijfers van de consultduur. Waar een telefonisch inkomend gesprek bij de HAP in 2016 gemiddeld nog 5 minuten en 40 seconden duurde, was dit in 2020 gemiddeld 6 minuten en 39 seconden. Een consult in de spreekkamer op de HAP duurde in 2017 gemiddeld 13 minuten en 49 seconden. Dit is in 2020 gestegen naar gemiddeld 14 minuten en 59 seconden.¹¹⁰ In de pilot zorgcoördinatie in Brabant is gewerkt met een zelftriage applicatie op onder andere de huisartsenpost. Daar bleek dat er door gebruik van deze applicatie het aantal verrichtingen afnam met 9,9%.¹¹¹ Uit de analyse van de pilot Midden Nederland bleek dat in 41% van de zorgvragen digitale zelftriage of een digitaal consult mogelijk is in plaats van telefonische triage, vooral bij de HAP.

¹⁰⁴ RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022. Er is in deze periode een verandering geweest in registratiesystematiek waardoor mogelijk de aantallen niet goed vergelijkbaar zijn.

¹⁰⁵ RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

¹⁰⁶ NZa, "Monitor acute zorg", 2020.

¹⁰⁷ NZa, "Monitor acute zorg", 2020.

¹⁰⁸ InEen, "Benchmark huisartsenposten", 2020. <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2021/12/InEen-Benchmark-Bulletin-2020V4.pdf>.

¹⁰⁹ RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

¹¹⁰ RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

¹¹¹ IG&H, "Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie", 2022. Zie ook bijlage 5 bij deze brief.

In 2020 was het aandeel zelfverwijzers (of 'overig') op de SEH 30,3%. Dit was in 2016 nog wat hoger, namelijk 34,5%.¹¹² Uit de impactanalyse van de nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg blijkt dat naar verwachting 10% van alle 112-bellers de juiste zorg geen ambulancezorg is, maar huisartsen(spoed)zorg, wijkverpleegkundige zorg of acute ggz.¹¹³ Uit de pilot zorgcoördinatie van Midden-Nederland blijkt dat 48% van de 112-meldingen, 112 onterecht als ingang wordt gekozen.¹¹⁴

Uit de pilot zorgcoördinatie van Rotterdam bleek dat bij 78% van de 407 behandelde casussen de zorginzet bij multidisciplinair overleg passender of sneller is geweest dan zonder zorgcoördinatie.¹¹⁵ In de pilot Midden Nederland blijkt in 23% van de gesprekken van de HAP en meldkamer multidisciplinaire triage van toegevoegde waarde door betere kwaliteit van triage en/of (beter passende) vervolgzorg. Daarnaast is in de pilot van Rotterdam gekeken of er voor bepaalde ingangsklachten en urgentie-codes een verschuiving van inzet vanuit HAP naar wijkverpleging kan plaatsvinden. Er zijn tijdens de openingstijden van het zorgcoördinatiecentrum (in 13 maanden tijd) 145 patiënten door de acute wijkverpleging geholpen in plaats van de HAP en in ten minste 71% van deze gevallen was na de inzet van de wijkverpleging geen aanvullende inzet meer nodig. De pilot Noord Nederland heeft een ketenanalyse gedaan op onder andere de katheterzorg vanuit de HAP. Bij 25% van de HAP-inzetten bij katheterzorgvragen kan daar de zorgcentrale/wijkverpleging worden ingezet in plaats van de HAP.

2. Capaciteit acute zorg staat onder druk door personele schaarste

2a. In de materiële capaciteit van acute zorg hebben verschuivingen plaatsgevonden

Het aantal SEH-locaties (24/7-uurs opening) is gedaald met 11 locaties tussen 2015 en 2022, maar het aantal behandelkamers (op een 24/7-uurs SEH) is nagenoeg gelijk gebleven, zelfs licht gestegen (van 1.278 in 2018 naar 1.303 in 2022). Het aantal HAP's is gedaald, maar het aantal ambulances en standplaatsen van ambulances is juist toegenomen. Dit is ook te zien in tabel 3. De daling in het aantal HAP's en SEH's heeft niet geleid tot overschrijding van de bereikbaarheidsnormen¹¹⁶ en de bereikbaarheid van ambulances in geografische zin is verbeterd door de uitbreiding van het aantal standplaatsen.¹¹⁷

Tabel 3. Materiële capaciteit¹¹⁸

Discipline	Jaren	Trend
Aantal HAP's alle ANW-uren open	2014-2021	-10%
Aantal ambulances	2016-2020	+13%

¹¹² NZa, "Update cijfers acute zorg 2016-2020", 2022.

¹¹³ SiRM, "Slimmer, en sneller wanneer écht nodig: impactanalyse nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg", 2021.

¹¹⁴ IG&H, "Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie", 2022. Zie ook bijlage 5 van deze brief.

¹¹⁵ IG&H, "Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie", 2022. Zie ook bijlage 5 van deze brief.

¹¹⁶ Blijkt uit de bereikbaarheidsanalyses van het RIVM van de 30-minutennorm HAP's en 45-minutennorm SEH's.

¹¹⁷ Het aantal standplaatsen is met 5 gestegen tussen 2016 en 2020.

¹¹⁸ RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

Aantal standplaatsen ambulances 24/7-uurs paraatheid	2016-2022	+10%
Aantal SEH's 24/7	2015-2022	341.984-1035494-12%
Aantal behandelkamers SEH's 24/7	2018-2022	+2%

Daarnaast wordt voor een aantal regio's het aantal SEH stops geregistreerd. Stops worden ingesteld om de kwaliteit van de zorg te bewaken. Het is een tijdelijke maatregel om bij piekdruk de instroom te reguleren. Patiënten met levensbedreigende klachten worden altijd opgenomen. Het aantal stops kan een indicator zijn van de druk in de acute zorgketen. Onderstaande tabel geeft van 4 regio's het aantal SEH stops weer tussen 2015 en 2021 (aangesloten op Acut Zorgportaal). Niet alle ROAZ-regio's registreren consequent stops of hanteren dezelfde definities. De NZa gaf aan dat de SEH's in de vier onderzochte regio's in de periode 2018 – begin 2019 in gemiddeld 97% van de tijd geen SEH-stop hadden. Zoals in de tabel te zien, en wat de NZa ook aangeeft, wordt er geen stijging gezien in het aantal stops op de SEH en de duur van de stops. Wel was er invloed van de pandemie: tijdens de lockdowns waren er minder stops en nam de duur van de stops af. Het totaal aantal stops op de SEH is in 2021 weer op het niveau van 2018 en 2019. De totale duur van stops op de SEH liggen zowel in 2020 als in 2021 onder het niveau van voorgaande jaren. De gemiddelde duur van deze stops is redelijk stabiel gebleven.

Tabel 4. SEH stops 2015-2021¹¹⁹

Jaar	Aantal SEH stops	Aantal regio's
2015	987	3 regio's
2016	1889	3 regio's
2017	2283	3 regio's
2018	2926	4 regio's
2019	2962	4 regio's
2020	2573	4 regio's
2021	2961	4 regio's

Met bovenstaande informatie voldoe ik aan het verzoek van het lid Agema uit de commissiebrief van 19 april 2022, waarin werd gevraagd om meer informatie over SEH stops.¹²⁰

Per 1 april 2022 is het Acut Zorgportaal gestopt. De stops worden nu geregistreerd in het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). De ROAZ-regio's zijn bereid om op verzoek van VWS ieder kwartaal data aan te leveren over het aantal stops per regio, waarbij de data niet direct of indirect herleidbaar zijn tot een ziekenhuis.

2b. Schaarste in personele capaciteit

Het verwachte personeelstekort voor het hele zorg en welzijn domein blijft de komende tien jaar onverminderd groot.¹²¹ Op dit moment werkt in Nederland ongeveer een op de zes werknemers in zorg en welzijn. Duidelijk is dat als we niets doen, de tekorten op de arbeidsmarkt in de zorg – evenals in andere sectoren – de komende jaren alleen maar groter zullen worden. Uit een analyse van de WRR volgt dat bij ongewijzigd beleid in 2030 1 op de 5 werknemers in de

¹¹⁹ Kamerstukken II, 2021/22, Aangangsel 2202.

¹²⁰ Commissiebrief van 19 april 2022 met kenmerk 2022Z07813.

¹²¹ Kamerstukken II, 2021/22, 29 282, nr. 451.

zorg zou moeten werken om aan de stijgende zorgvraag te kunnen voldoen.¹²² In 2040 zou al 1 op de 4 in de zorg moeten werken. Zoals in de brief van 20 januari 2022 aangegeven is het huidige geraamde tekort voor 2022 circa 49 duizend personen. Het geraamde tekort in 2031 is 135.000 personen.¹²³ Op de lange termijn zorgen de beperktere toename van het arbeidsaanbod en een stijging van het zorggebruik door vergrijzing voor een toename van het tekort.

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Het is lastig om de exacte tekorten per beroepsgroep aan te geven. De vacaturegraad kan een goede indicator zijn van de krapte op de arbeidsmarkt per beroepsgroep, hoewel daarbij wel de kanttekening moet worden gemaakt dat er verschillende redenen kunnen zijn om een vacature wel of niet uit te zetten. Er kan bijvoorbeeld geen budget zijn om mensen aan te stellen waardoor er wel vraag is naar personeel, maar deze niet wordt geuit in vacatures.

Tabel 5. Vacaturegraad (%) in zorg en welzijn (smal) en specifieke domeinen, 4^e kwartaal van elk jaar¹²⁴

	2018	2019	2020	2021
Vacaturegraad zorg en welzijn (smal) ¹²⁵	2,5	2,7	2,6	3,7
Universitair medische centra	1,9	1,9	2,6	2,9
Ziekenhuizen en overige med. Spec. Zorg	1,9	2,1	1,6	2,5
Geestelijke gezondheidszorg	4,5	5,6	4,8	6,6
Huisartsen en gezondheidscentra	1,3	1,9	0,8	3,4
Overige zorg en welzijn	3,1	3,1	3,7	4,3
Verpleging, verzorging en thuiszorg	2,4	2,6	2,7	3,6

Uit bovenstaande tabel blijkt dat in alle aangegeven domeinen er een stijging te zien is in de vacaturegraad tussen 2018 en 2021.¹²⁶ Er is dus de afgelopen jaren een grote(re) vraag gekomen naar zorgmedewerkers. Een vacaturegraad van meer dan 2% duidt op onvervulde vraag volgens het Capaciteitsorgaan.¹²⁷

Van sommige beroepsgroepen is gespecificeerde data beschikbaar, zoals in de twee tabellen hieronder is te zien.

¹²² Kamerstukken II, 2021/22, 29 282, nr. 462.

¹²³ Kamerstukken II, 2021/22, 29 282, nr. 451.

¹²⁴ CBS Statline AZW, "Vacatures; ontstaan, openstaand, vacaturegraad", 2022.
<https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24136NED/table?ts=1656333116845>

¹²⁵ Het domein zorg en welzijn (smal) is de totale arbeidsmarkt in zorg en welzijn zonder de kinderopvang.

¹²⁶ De vacaturegraad is het gemiddelde aantal maandelijks vacatures per 100 werkzame artsen.

¹²⁷ Capaciteitsorgaan, "Arbeidsmarktmonitor", 2020 2^e halfjaar. Zie tabje Groot, Middel, Klein, regel 6:
<http://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2021/07/analyse-vacatures-MS-tbv-AMM-2020-2-WEBVERSIE.xlsx>

Tabel 6. Vacaturegraad (%)** verpleegkundigen¹²⁸

	2016	2018	2020
Ambulanceverpleegkundige	Niet bekend	5,6	7,5
SEH-verpleegkundige	4,3	9,1	6,9
Obstetrie-verpleegkundige	2,3	4,4	4,9

Tabel 7. Vacaturegraad (%)** artsen¹²⁹

	2019-1e halfjaar	2019-2e halfjaar	2020-1e halfjaar	2020-2e halfjaar
SEH-arts	7,28	6,91	5,86	5,97
Gynaecoloog	4,98	4,56	3,38	4,31
Psychiater	8,31	10,1	8,96	9,85
Huisarts	0,47	0,42	0,48	0,53

In de Arbeidsmonitor lijkt er een laag vacaturepercentage voor huisartsen te zijn, maar het Capaciteitsorgaan geeft aan dat dat beeld vertekend lijkt te zijn: veel vacatures worden niet gepubliceerd. Het Capaciteitsorgaan gaat bij hun capaciteitsramingen uit van een onvervulde vraag naar huisartsen van 3% tot 5%.¹³⁰

2c. Personeel in de zorg ervaart hoge werkdruk

Een groot deel van de zorgmedewerkers ervaart ook te hoge werkdruk en ervaart een toegenomen werkdruk, zoals te zien is in onderstaande tabel.

Tabel 8. Ervaren werkdruk en ontwikkeling werkdruk in zorg en welzijn (smal), in percentages¹³¹

	2019 2 ^e kwartaal*	2019 4 ^e kwartaal	2020 4 ^e kwartaal	2021 2 ^e kwartaal	2021 4 ^e kwartaal
Werkdruk volgens werknemer (veel) te hoog	44,0	47,8	38,5	42,0	42,7
Werkdruk volgens werknemer goed	54,1	51,1	59,6	56,2	56,0
Werkdruk volgens werknemer (veel) te laag	1,9	1,1	1,9	1,8	1,3
Ontwikkeling werkdruk toegenomen	64,8	n.b.**	62,2	n.b.	67,1
Ontwikkeling werkdruk gelijk gebleven	31,0	n.b.	33,0	n.b.	29,3
Ontwikkeling werkdruk afgenomen	4,2	n.b.	4,8	n.b.	3,6

*Sinds 2019 voert het CBS de metingen uit. Er zijn wel cijfers bekend van eerdere jaren, maar deze werden door andere enquêtes opgehaald waardoor er een methodebreuk is en de cijfers minder goed vergelijkbaar zijn. In 2013 was het aandeel werknemers dat de werkdruk als (veel) te hoog ervaart 34%, in 2015 43% en in 2017 49%.¹³²

¹²⁸ RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

¹²⁹ RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

¹³⁰ Capaciteitsorgaan, "Capaciteitsplan 2021-2024, Deelrapport 2, Huisartsgeneeskunde", 2019. <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021-2024-Deelrapport-2-Huisartsgeneeskunde.pdf>

¹³¹ CBS Statline AZW, "Werknemers; tevredenheid en psychosociale arbeidsbelasting", 2022. <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24126NED/table?ts=1656333239594>

¹³² Kamerstukken II, 2021/22, 29 282, nr. 416. Bijlage Monitor Actieprogramma Werken in de Zorg, 2020, figuur 22 op p. 37.

**niet bekend

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

2d. Druk op de acute zorg wordt bepaald door verhouding vraag en aanbod

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat voor de meeste sectoren de verwachting is dat de vraag naar acute zorg zal toenemen. Dit zal per sector en regio verschillend zijn en is ook afhankelijk van autonome ontwikkelingen zoals professionele en technologische ontwikkelingen en beleid. De complexiteit of zwaarte van de zorgvraag neemt toe: het aandeel ouderen in zorg wordt steeds groter. In de materiële capaciteit heeft er een verschuiving plaatsgevonden, maar de totale materiële capaciteit lijkt ongeveer gelijk gebleven. Daarentegen is er in alle sectoren personele krapte, die naar verwachting de komende jaren nog groter wordt.

3. Cijfers over kwaliteit acute zorg kunnen inzichtelijker en beter

3a. Weinig openbare data over kwaliteit acute zorg

Er zijn weinig openbare data over de kwaliteit van acute zorg. De IGJ heeft een basisset met kwaliteitsindicatoren.¹³³ Spoedzorg heeft daarin geen eigen indicatoren en de resultaten van de indicatoren zijn niet openbaar. De vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) doet elk jaar uitvraag naar een aantal kwaliteitsindicatoren, zoals pijnbestrijding, triage en totale duur op de SEH. Deze resultaten zijn ook niet openbaar.

3b. ZIN registreert resultaten van zes spoedindicaties

ZIN heeft via Zorginzicht voor zes spoedindicaties indicatoren vastgesteld.¹³⁴ Deze staan op de Transparantiekalender¹³⁵ en ziekenhuizen zijn verplicht om data aan te leveren. Dit geldt alleen voor aanbieders die deze zorg leveren. In tabel 9 zijn de resultaten te zien van vier indicaties, de andere twee indicaties hebben betrekking op multitraumazorg en zullen hieronder worden besproken.

Tabel 9. Resultaten van vier spoedindicaties van ZIN, 2020¹³⁶

Vraag	Aantal ziekenhuizen		
	Ja	Nee	Geen antwoord/levert de zorg niet
Is op deze ziekenhuislocatie 24/7 een CT inclusief CTA direct inzetbaar en worden deze direct aansluitend door een hiervoor bekwaam medisch specialist beoordeeld en vastgelegd in het medisch dossier?	70	1	1

¹³³ IGJ, "Basisset Medisch Specialistische Zorg", 2022.

<https://www.igj.nl/publicaties/indicatorensets/2021/10/04/basisset-medisch-specialistische-zorg-2022>

¹³⁴ ZIN, "Spoedzorg indicatoren".

<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/spoedzorg-indicatoren>

¹³⁵ Te vinden via www.zorginzicht.nl.

¹³⁶ ZIN, "Open data Ziekenhuizen en Zelfstandige Behandelcentra / Medisch-specialistische zorg", verslagjaar 2020. <https://www.zorginzicht.nl/openbare-data/open-data-ziekenhuizen-en-zelfstandige-behandelcentra---medisch-specialistische-zorg#verslagjaar-2020>

Heeft deze ziekenhuislocatie schriftelijk vastgelegde afspraken over samenwerking met ketenpartners (huisarts, RAV, niet-PCI-centra)?	72	0	0
Zijn op uw ziekenhuislocatie 24/7 een bed op de afdeling Intensive Care en een intensivist direct beschikbaar?	71	0	1
Is op uw ziekenhuislocatie 24/7 de mogelijkheid voor het direct uitvoeren van een acute Endovasculair Aneurysma Repair (EVAR) procedure?	54	13	5

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

3c. Implementatie Kwaliteitskader Spoedzorgketen vraagt aandacht

Nadat deze indicatoren in 2014 zijn vastgesteld, was er vanuit partijen behoefte aan een kwaliteitskader voor de spoedzorgketen. Sinds 2020 is er het Kwaliteitskader Spoedzorgketen waarin de samenwerking tussen ketenpartners wordt beschreven en de minimale vereisten voor de (regionale) organisatie van de spoedzorg. Het RIVM heeft recent een eerste uitvraag gedaan naar de implementatie van de normen uit het Kwaliteitskader, waaruit bleek dat implementatie van de normen nadrukkelijk aandacht vraagt. Deze resultaten zijn te lezen in hoofdstuk 2 van de beleidsagenda acute zorg.

3d. Kwaliteitskader ambulancezorg wordt doorontwikkeld

In de ambulancezorg is er het kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 opgesteld met 26 signalen voor de kwaliteit van zowel spoedeisende- als planbare ambulancezorg en is gericht op aansluiting met de keten. Dertien signalen zijn geoperationaliseerd en voorzien van een implementatieplan, voor de andere signalen is een doorontwikkelagenda opgesteld. Doel is om in 2023 een kwaliteitskader 2.0 te realiseren. Een aantal signalen (en voorlopige streefwaarden) uit dit kader is gericht op de hele keten, bijvoorbeeld de doorlooptijd bij CVA en STEMI¹³⁷, ketenpartnertevredenheid, multitraumapatiënten naar de juiste zorgplek, kwaliteit en interoperabiliteit van digitale dossiers. De resultaten van jaarlijkse metingen en de voorlopige streefwaarden zijn te vinden in de rapportages van AZN.¹³⁸

3e. Normen multitraumazorg worden niet gehaald

Het ZIN heeft een multitraumanorm opgesteld waarbij 90% van de multitraumapatiënten ($ISS \geq 16$)¹³⁹ in een traumacentrum zou moeten worden behandeld. Deze norm werd de afgelopen jaren niet gehaald, zoals te zien is in onderstaande tabel.

	2016	2017	2018	2019	2020
¹³⁷ CVA is de afkorting voor Cerebro Vasculair Accident. Een CVA kan een herseninfarct of hersenbloeding zijn en wordt ook wel een beroerte genoemd. STEMI is de afkorting voor een ST-Elevatie Myocard Infarct, een hartinfarct dat meteen behandeld moet worden.					
Traumacentra	3.065	3.050	3.295	3.260	3.295
Regionale ziekenhuizen	1.357	1.404	1.427	1.438	1.357
Totaal	4.422	4.454	4.722	4.698	4.652
¹³⁹ Injury Severity Score geeft de totale letselernst per patiënt weer. Dit is een score tussen 0 en 75, hoe hoger de score des te ernstiger de patiënt gewond is en hoe hoger het risico op overlijden. Een ISS van 16 of hoger wordt over het algemeen gezien als een ernstig gewonde patiënt (multitrauma).					

Tabel 11. Spreiding opvang ernstig gewonde patiënten (ISS $\geq$ 16)¹⁴⁰

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

Onderstaande tabel geeft voor 2020 het aantal ernstig gewonde patiënten geregistreerd in de 11 traumazorgregio's en het totale percentage van de ernstig gewonden dat is behandeld in het regionale traumacentrum. Dit varieert tussen de 53% en 90% voor de elf traumazorgregio's, waarvan het traumacentrum dat de norm haalt (90%) het samenwerkingsverband van Traumacentrum West is.¹⁴¹

Tabel 12. Aantal ernstig gewonde patiënten (ISS $\geq$ 16) per traumazorgregio en aandeel behandeld in het regionale traumacentrum, 2020¹⁴²

Traumazorgregio	Aantal ernstig gewonde patiënten (ISS $\geq$ 16)	Aandeel behandeld in het regionale traumacentrum
NAZB	477	53%
NAZNW	286	61%
AZNN	434	62%
TCZWN	696	65%
NAZZ	345	68%
NAZL	354	69%
SZN	298	72%
AZO	568	75%
TZMN	455	80%
AZEUR	322	88%
TCW	417	90%

Een andere norm voor traumazorg is dat er per ziekenhuislocatie tenminste 240 patiënten per jaar behandeld moeten worden met een ISS hoger of gelijk aan zestien om de kwaliteit te waarborgen.¹⁴³ Deze norm wordt ook door een deel van de traumacentra niet gehaald, zoals te zien is in onderstaande tabel. Daarnaast wordt een deel van deze multitraumapatiënten behandeld in een regionaal ziekenhuis (zijnde geen traumacentrum), terwijl dit alleen is voorbehouden aan traumacentra omdat daar de gespecialiseerde zorg voor is ingericht. Van deze ziekenhuizen zijn er elf die meer dan veertig multitraumapatiënten in 2021 hebben behandeld.¹⁴⁴

Tabel 13. Aantal multitraumapatiënten per traumacentrum, 2020¹⁴⁵

Traumacentrum	Aantal geregistreerde ernstig gewonde patiënten (ISS $\geq$ 16)
Amsterdam UMC, locatie VUmc	175
Amsterdam UMC, locatie AMC	214
Isala	236
Maastricht UMC+	244
ETZ Elisabeth	253
UMCG	269

¹⁴⁰ LNAZ, "Trauma in Beeld: Landelijke Traumaregistratie 2016-2020".

¹⁴¹ Traumacentrum West is een samenwerkingsverband tussen het Hagaziekenhuis, LUMC en HMC Westeinde.

¹⁴² LNAZ, "Trauma in Beeld: Landelijke Traumaregistratie 2016-2020".

¹⁴³ Levelcriteria Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie.

¹⁴⁴ RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

¹⁴⁵ LNAZ, "Trauma in Beeld: Landelijke Traumaregistratie 2016-2020".

MST	284
UMC Utrecht	366
Traumacentrum West*	377
Radboudumc	425
Erasmus MC	452

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

*Traumacentrum West is een samenwerkingsverband tussen de drie ziekenhuizen Hagaziekenhuis, LUMC en HMC Westeinde.

Ook wordt gemeten of een patiënt met letsel direct door het 'ziekenhuistraumateam' is opgevangen op de SEH, oftewel of het traumateam geactiveerd was voorafgaand of bij aankomst van de patiënt op de SEH. In 2020 was bij slechts 9% van alle geregistreerde patiënten in de Landelijke Traumaregistratie een traumateam geactiveerd voor de opvang. De duur tot de eerste CT-scan na aankomst op de SEH is echter wel gedaald.¹⁴⁶

¹⁴⁶ LNAZ, "Trauma in Beeld: Landelijke Traumaregistratie 2016-2020".

Bijlage 2. Overzicht van moties en toezeggingen die met deze brief worden afgedaan

Kenmerk
3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

In deze brief informeer ik uw Kamer over onderstaande toezeggingen en moties:

- De toezegging die ik heb gedaan in het plenaire debat van 24 februari 2022 (over het bericht dat vier spoedeisende hulpposten in Drenthe en Groningen sluiten wegens personeelstekort) en in de Hoofdlijnenbrief van 4 maart 2022 om vóór het zomerreces bij u terug te komen met een brief over mijn plannen om te komen tot een toekomstbestendige acute zorg.¹⁴⁷ In juli 2022 heb ik uw Kamer geïnformeerd dat deze brief uiterlijk oktober 2022 naar uw Kamer zou worden gestuurd vanwege samenhang met het IZA.¹⁴⁸
- De toezegging, afkomstig uit het debat van 24 februari 2022, dat een analyse van de knelpunten bij de huidige situatie in de acute zorg meegenomen worden in de brief die ik voor het zomerreces aan de Kamer zal toesturen over het toekomstbestendig maken van de acute zorg.
- De toezegging aan het lid Ellemet dat zal worden onderzocht of het verstandig en/of wenselijk is om per definitie een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen aan SEH-posten, welke eveneens is gedaan in het plenair debat van 24 februari 2022.
- De toezegging die ik heb gedaan in het CD Hoofdlijnen debat van 8 maart 2022 dat ik in deze brief ook in zal gaan op de beschikbaarheid van SEH-personeel.
- De toezegging, gedaan in het debat van 24 februari 2022, dat het Europese perspectief wordt meegenomen in de toekomst van de acute zorg, met aandacht voor de grensregio's.
- De toezegging dat de verdere uitrol van het LPZ uiteengezet wordt in deze brief, gedaan tijdens het debat van 24 februari 2022.
- De toezegging, gedaan in het debat van 20 januari 2022 over de ontwikkelingen rondom het coronavirus, dat ik werk wil gaan maken van zorgcoördinatie in regio's.
- De toezegging uit mijn eerdere brief van 22 februari 2022 dat ik het NZa advies Passende acute zorg zal betrekken bij de verdere uitwerking van de activiteiten die nodig zijn om te komen tot toekomstbestendige acute zorg.¹⁴⁹
- De toezegging uit mijn brief van 9 mei 2022 dat ik in deze brief ook in zal gaan op de acute verloskunde.¹⁵⁰
- De toezegging, welke ik heb gedaan in het debat over de begrotingsbehandeling VWS van 26 oktober 2021, dat ik mij zal verdiepen in kwaliteitsregistraties en dat ik ook in kaart zal brengen wat de taak is op het terrein van kwaliteitsregistratie.
- De toezegging uit mijn brief van 24 januari 2022¹⁵¹ over de stand van zaken van het actieplan ambulancezorg dat ik uw Kamer zal informeren over het implementatieplan voor de nieuwe urgentie-indeling.
- De toezegging, welke ik heb gedaan in het debat van 24 februari 2022, dat ik zal bekijken hoe goede initiatieven zoals het CAV navolging kunnen krijgen voor het regelen van instroom, doorstroom en uitstroom.

¹⁴⁷ Kamerstukken II, 2021/22, 35 925 XVI, nr. 170.

¹⁴⁸ Kamerstukken II, 2021/22, 35 925 XVI, nr. 198.

¹⁴⁹ Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 348.

¹⁵⁰ Kamerstukken II, 2021/22, Kenmerk 2022D17910.

¹⁵¹ Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 339.

- De toezegging uit mijn brief van 6 april 2022 dat ik de cijfermatige informatie uit de NZa informatiekaart acute zorg samen met de feiten en cijfers uit het onderzoek zoals aangekondigd in mijn brief van 22 februari 2022 mee zal nemen in overweging voor het toekomstig beleid voor een robuust acuut zorglandschap.
- De motie van het lid Van den Berg over kunstmatige intelligentie in de ambulancezorg¹⁵² en de toezegging dat ik aan Ambulancezorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland heb gevraagd om mij te informeren over de ontwikkelingen rondom kunstmatige intelligentie in de ambulancezorg, welke ik heb gedaan in mijn brief van 19 april 2022.¹⁵³
- De motie van het lid Maeijer om te onderzoeken hoe de SEH's, IC's en persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's) het beste gefinancierd kunnen worden, mede in het licht van pandemische paraatheid.¹⁵⁴
- De motie van het lid Van der Graaf c.s. over overleg met relevante Nederlandse en Duitse partners over wederzijdse erkenning van diploma's.¹⁵⁵
- De toezegging, afkomstig uit het debat van 24 juni 2020 over de Wet Ambulancezorgvoorzieningen, dat ik, wanneer de ronde tafel bijeenkomst over grensoverstijgende ambulancezorg heeft plaatsgevonden, ik de Kamer daarover zal informeren.
- De motie van het lid Van der Plas t.a.v. spoedpleinen uit tweeminutendebat van 8 juni 2022.¹⁵⁶
- De toezegging dat ik in deze brief zal reageren op het NZa advies Bekostiging LCPS, RCPS, en LPZ, welke ik heb gedaan in mijn brief van 7 juni 2022.¹⁵⁷
- De commissiebrief van 19 april 2022 naar aanleiding van het verzoek van het lid Agema over opnamestops op spoedeisendehulpdiensten.¹⁵⁸
- De toezegging die ik in het debat van 25 mei 2022 heb gedaan om u de eindrapportage pilots zorgcoördinatie toe te zenden.
- De toezegging, welke ik heb gedaan tijdens het mondelinge vragenuur op dinsdag 5 juli, dat ik zal reageren op de vraag van het lid Agema om van IC-bedden een niet-economische dienst van algemeen belang te maken.
- De toezegging, gedaan in de brief over grensoverstijgende samenwerking van de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties¹⁵⁹, dat de minister van Justitie en Veiligheid en ik de Kamer zullen informeren over verdere voortgang van de uitvoering van de motie Den Boer c.s.¹⁶⁰

Kenmerk

3439843-1035494-
CZ3418427-1033573-CZ

¹⁵² Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 347.

¹⁵³ Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 350.

¹⁵⁴ Kamerstukken II, 2021/22, 35 766, nr. 4.

¹⁵⁵ Kamerstukken II, 2019/20, 32 851, nr. 65.

¹⁵⁶ Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 359.

¹⁵⁷ Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 351.

¹⁵⁸ Commissiebrief van 19 april 2022 met kenmerk 2022Z07813.

¹⁵⁹ Kamerstukken II, 2018/19, 32 851, nr. 54.

¹⁶⁰ Kamerstukken II, 2017/18, 32 851, nr. 44.

AB HECHT

Vergadering d.d. 19 oktober 2022

AB-22-36

Onderwerp: Voorstel Resultaatbestemming 2021

Van: Directie Hecht

Opgesteld : Concerncontroller

Datum: 11 oktober 2022

Korte omschrijving

Het resultaat van Hecht bedraagt € 2.068k. Dit resultaat is als volgt verdeeld over de programma's:

- Programma GGD € 735k
- Programma GHOR € 235k
- Programma ZVH € 578k
- Programma RAV € 520k

Hecht heeft opgeteld een voordelig resultaat van € 2.068k

De directie stelt voor om:

1. het onverdeelde resultaat van de programma's GGD, GHOR, ZVH en RAV toe te voegen aan de algemene reserves van elk van deze programma's;
2. een bedrag van € 235k via een onttrekking uit de Algemene reserve GHOR uit te keren aan de deelnemende gemeenten;
3. een bedrag van € 29k, het saldo van de bestemmingsreserve ERP, zal worden toegevoegd aan de algemene reserve GGD;
4. een bedrag van € 950k via een onttrekking uit de Algemene reserve ZVH uit te keren aan de deelnemende gemeenten;
5. een bedrag van € 620k, zijnde programmageld uit 2021, wordt toegevoegd aan de bestemmingsreserve kosten programma Hecht24

Na bestemming en mutaties bedragen de algemene reserves van Hecht € 5.2.44k, hetgeen aansluit bij de afspraken met het AB. In totaal zullen gemeenten een bedrag van € 1.185k terugontvangen. De verdeling per gemeente volgt na vaststelling AB.

Na een toezegging over de DUVO middelen is de uitkering aan de gemeente naar boven bijgesteld.

Financiële aspecten

Het totale resultaat 2021 van Hecht bedraagt € 2,068 mln. Onderstaand is het voorstel opgenomen voor de bestemming van dit resultaat. Aansluitend treft u de tabel met de ontwikkeling van het Eigen Vermogen aan.

	€1.000				
	31-12-2021	Resultaat	Mutaties	1-1-2022	
	Algemene reserve GGD	1.808	735	-591	1.952
	Algemene reserve GHOR	94	235	-235	94
	Reserve aanvaardbare kosten RAV	2.008	520	0	2.528
	Algemene reserve ZVH	1.042	578	-950	670
	Algemene reserve	4.952	2.068	-1.776	5.244
	Reserve verplichtingen voormalig personeel	1.159	0	0	1.159
	Reserve ERP	29	0	-29	0
	Reserve programma RDOG 2024	920	0	620	1.540
	Reserve onderhoud huisvesting	783	0	0	783
	Reserve project OvDG	101	0	0	101
	Bestemmingsreserves	2.992	0	591	3.583
	Onverdeeld resultaat GGD	735	-735	0	0
	Onverdeeld resultaat GHOR	235	-235	0	0
	Onverdeeld resultaat RAV	520	-520	0	0
	Onverdeeld resultaat ZVH	578	-578	0	0
	Onverdeeld resultaat	2.068	-2.068	0	0
	Eigen vermogen	10.012	0	-1.185	8.827
	GGD	5.434	0	0	5.434
	GHOR	430	0	-235	195
	RAV	2.528	0	0	2.528
	ZVH	1.620	0	-950	670
	Eigen vermogen	10.012	0	-1.185	8.827
Eerder genomen besluiten	AB-20-18 Het AB stelt de Programmabegroting 2021 vast. AB-21-40 Het AB stelt op 1 juli 2020 de 1e begrotingswijziging 2021 vast. AB-22-24 Het AB stelt de jaarstukken 2021 vast.				
Voorgenomen besluiten	Het AB wordt gevraagd - kennis te nemen van de notitie Voorstel resultaatbestemming 2021, het accountantsverslag en de reactie van de directie daarop; - kennis te nemen van de terugkoppeling vanuit de Auditcommissie; - in te stemmen met het voorstel resultaatbestemming 2021.				
Bijlagen	AB-22-36a Voorstel resultaatbestemming 2021 AB-22-36b Accountantsverslag AB-22-36c Reactie van de directie Hecht op het accountantsverslag AB-22-36d Nota Reserves en Voorzieningen Hecht/RDOG HM 2022				

Aan : Algemeen Bestuur Hecht
Van : Directie Hecht
Datum : 11 oktober 2022
Betreft : **Voorstel resultaatbestemming 2021**

Inleiding

In deze memo wordt het voorstel voor de resultaatbestemming 2021 beschreven. Het voorstel voor de resultaatbestemming sluit aan bij de nieuwe nota "Eigen Vermogen en Bestemming". Met de vaststelling van deze nota is bepaald dat de omvang van de algemene reserves van Hecht beperkt wordt en dat bestemmingsreserves binnen 2 jaar (te weten 2022 en 2023) dienen te worden besteed aan het doel van de bestemming.

Het totale resultaat 2021 van Hecht bedraagt € 2,068 mln. Onderstaand is het voorstel opgenomen voor de bestemming van dit resultaat. Aansluitend treft u de tabel met de ontwikkeling van het Eigen Vermogen aan.

Na bestemming en mutaties bedragen de algemene reserves van Hecht € 5.244k, hetgeen aansluit bij de afspraken met het AB. In totaal zullen gemeenten een bedrag van € 1.185k terugontvangen. De verdeling per gemeente volgt na vaststelling AB.

Rekening houdend met de toezegging op 10-10-2022, over de aanvulling van de ontbrekende DUVO gelden, is de uitkering aan de gemeente naar boven is bijgesteld.

Voorstel

De directie stelt voor om:

1. het onverdeelde resultaat van de programma's GGD, GHOR, ZVH en RAV toe te voegen aan de algemene reserves van elk van deze programma's;
2. een bedrag van € 235k via een onttrekking uit de Algemene reserve GHOR uit te keren aan de deelnemende gemeenten;
3. een bedrag van € 29k, het saldo van de bestemmingsreserve ERP, zal worden toegevoegd aan de algemene reserve GGD;
4. een bedrag van € 950k via een onttrekking uit de Algemene reserve ZVH uit te keren aan de deelnemende gemeenten;
5. een bedrag van € 620k, zijnde programmageld uit 2021, wordt toegevoegd aan de bestemmingsreserve kosten programma Hecht24

Toelichting

1. Resultaat 2021

Het resultaat van Hecht bedraagt € 2.068k. Dit resultaat is als volgt verdeeld over de programma's:

– Programma GGD	€ 735k
– Programma GHOR	€ 235k
– Programma ZVH	€ 578k
– Programma RAV	€ 520k
– Hecht	€ 2.068k

Pagina : 2
Betreft : **Voorstel resultaatbestemming 2022**
Datum : 6 oktober 2022

De directie stelt voor om het onverdeelde resultaat van de programma's GGD, GHOR, ZVH en RAV toe te voegen aan de algemene reserves van elk van deze programma's. Daarnaast stelt de directie voor om de volgende mutaties in het eigen vermogen aan te brengen.

2. Mutatie in de reserve ZVH

Het resultaat uit 2020 zal worden geretourneerd naar de gemeenten voor een totaalbedrag van **€ 950k** via een onttrekking uit de Algemene reserve ZVH. Dit bedrag zal naar rato aan de gemeenten (inclusief DUVO) worden terugbetaald. Het restant blijft in de reserve ter dekking van mogelijke tegenvallers en voor het wegwerken van achterstanden.

3. Mutatie in de reserves GHOR

Het voorstel is het deel van de algemene reserve GHOR wat naar verwachting structureel niet meer nodig is terug te geven aan de gemeenten. Vanuit de Algemene reserve GHOR wordt **€ 235k** teruggegeven. De algemene reserve GHOR wordt weer gebracht op het afgesproken maximum van € 94k.

4. Reserve ERP opheffen

De Bestemmingsreserve ERP komt per 1-1-2022 te vervallen. Het saldo, **€ 29k**, zal worden toegevoegd aan de algemene reserve GGD.

5. Storting in de bestemmingsreserve kosten programma Hecht24

De bestemmingsreserve kosten programma Hecht24 is bedoeld om de kosten die gemaakt moeten worden voor de realisatie van het programma Hecht24 te kunnen voldoen. Voorstel is om het bedrag van **€ 620k** toe te voegen aan de Bestemmingsreserve kosten programma Hecht24.

Met deze dotatie worden de reeds toegewezen middelen aan het programma Hecht24 die in 2021 niet zijn besteed door het uitstellen van taken en minder kosten voor diverse projecten beschikbaar gehouden voor het programma in 2022.

Afbouw in 2022 en 2023

1. Reserve verplichtingen voormalig personeel

De Bestemmingsreserve verplichtingen voormalig personeel is voor het programma GGD ingesteld om de kosten van WW-uitkeringen en het risico op ontslagvergoedingen te kunnen dragen. Ook geldt deze bestemmingsreserve voor de dekking van de kosten van niet actieve medewerkers waar (nog) geen eenmalige afkoop is overeengekomen maar gekozen is voor een andere vorm van vergoeding. De reserve zal de komende 2 jaar worden afgebouwd, met name om een definitieve oplossing te zoeken voor voormalig personeel dat nu nog formeel op de loonlijst staat. Na afbouw komt de reserve te vervallen, ook de opbouw van de reserve in 2022 komt te vervallen. Het restant zal worden toegevoegd aan de algemene reserve. De kosten die hierna ontstaan worden gezien als reguliere kosten en worden onderdeel van de exploitatie.

2. Reserve onderhoud huisvesting

De reserve onderhoud huisvesting wordt afgebouwd ter financiering van de verbouwings-/renovatiekosten. Na de renovatie, in 2023, zal er een plan worden opgesteld hoe om te gaan met de reserve onderhoud huisvesting.

Pagina : 3
Betreft : **Voorstel resultaatbestemming 2022**
Datum : 6 oktober 2022

Deze reserve wordt gebruikt voor de aanloopkosten van de verbouwing en de onderhoudswerkzaamheden die gelijktijdig met de upgrade van het gebouw zullen worden uitgevoerd.

3. Reserve Officieren van Dienst Geneeskundigen (OvDG'en)

Het doel van de ze bestemmingreserve is financiering in de komende jaren van de incidentele kosten voor werving, selectie en opleiden van crisis functionarissen GHOR, als gevolg van de verwachte substantiële wisseling van crisisfunctionarissen. In 2022 en 2023 zal beoordeeld worden in welke maten deze bestemmingsreserve voor dat doel ingezet kan worden, na 2023 zal het restant toegevoegd worden aan de algemene reserve GHOR.

Hoogte stand weerstandsvermogen

Hecht streeft er naar om een bedrag ter grootte van € 3 mln. aan te houden als weerstandsvermogen en een maximum voor het eigen vermogen te hanteren van € 6mln.

Na bovenstaande voorstellen resteert een totaal van het eigen vermogen van € 5.244k, dit blijft onder het maximum van € 6.000k. De doelstelling blijft staan om in 2022 te onderzoeken hoe we de reserve aanvaardbare kosten RAV kunnen verlagen. Momenteel is het aandeel van de RAV in de algemene reserve relatief groot.

Reserves na resultaatbestemming

In onderstaande tabel zijn bovenstaande toewijzingen van het resultaat en de mutaties in het vermogen samengevat:

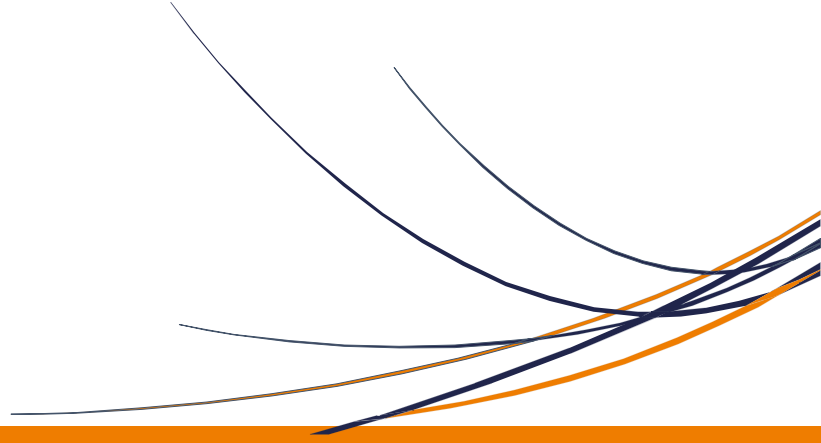
€1.000	31-12-2021	Resultaat	Mutaties	1-1-2022
Algemene reserve GGD	1.808	735	-591	1.952
Algemene reserve GHOR	94	235	-235	94
Reserve aanvaardbare kosten RAV	2.008	520	0	2.528
Algemene reserve ZVH	1.042	578	-950	670
Algemene reserve	4.952	2.068	-1.776	5.244
Reserve verplichtingen voormalig personeel	1.159	0	0	1.159
Reserve ERP	29	0	-29	0
Reserve programma RDOG 2024	920	0	620	1.540
Reserve onderhoud huisvesting	783	0	0	783
Reserve project OvDG	101	0	0	101
Bestemmingsreserves	2.992	0	591	3.583
Onverdeeld resultaat GGD	735	-735	0	0
Onverdeeld resultaat GHOR	235	-235	0	0
Onverdeeld resultaat RAV	520	-520	0	0
Onverdeeld resultaat ZVH	578	-578	0	0
Onverdeeld resultaat	2.068	-2.068	0	0
Eigen vermogen	10.012	0	-1.185	8.827
GGD	5.434	0	0	5.434
GHOR	430	0	-235	195
RAV	2.528	0	0	2.528
ZVH	1.620	0	-950	670
Eigen vermogen	10.012	0	-1.185	8.827



PUBLIEKE
SECTOR
ACCOUNTANTS

Accountantsverslag 2021

Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg Hollands Midden (Hecht)



Aan het algemeen bestuur van de
gemeenschappelijke regeling
Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg
Hollands Midden (Hecht)
t.a.v. de heer D. Christmas
Postbus 121
2300 AC LEIDEN

Onderwerp
Accountantsverslag 2021

Datum
13 juli 2022

Kenmerk
312017011.22.171

Geachte leden van het algemeen bestuur,

Wij hebben de controle van de jaarrekening 2021 van uw gemeenschappelijke regeling afgerond. De jaarrekening van de gemeenschappelijke regeling Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg Hollands Midden (in het verslag verder: Hecht) is opgesteld onder verantwoordelijkheid van het dagelijks bestuur. Met dit accountantsverslag informeren wij u over onze belangrijkste controlebevindingen. Op 13 juli hebben wij een aantal controlebevindingen reeds besproken met de algemeen directeur en de concerncontroller.

Bij de jaarrekening 2021 hebben wij op 6 juli 2022 een goedkeurende controleverklaring afgegeven, zowel voor het aspect getrouwheid als voor het aspect rechtmatigheid. Ons accountantsverslag is bedoeld om u te ondersteunen in de beoordeling van de jaarrekening 2021. De bevindingen en beschouwingen in dit verslag komen voort uit onze controlewerkzaamheden en diverse besprekingen die wij met uw medewerkers hebben gevoerd. Voor de goede orde vermelden wij dat uw controlerende taak uiteraard verder gaat dan uitsluitend het financieel getinte perspectief vanuit de accountantscontrole.

Wij maken u erop attent dat voor dit accountantsverslag een beperkte verspreidingskring geldt. Het accountantsverslag is uitsluitend bestemd voor het algemeen en dagelijks bestuur.

Met vriendelijke groet,

Publieke Sector Accountants B.V.

Was getekend: A.R. Sallehart RA ValidSigned door A.R. Sallehart RA
op 13-07-2022

Inhoudsopgave

Contact.....	0
1. Onze controleaanpak en de uitkomsten daarbij	1
2. Financiële positie en resultaat.....	6
3. Bevindingen eindejaarscontrole	11
4. Interne beheersing	18
5. Overige aangelegenheden	23

Contact

De volgende personen kunnen benaderd worden bij vragen met betrekking tot dit accountantsverslag:

Arjan Sallehart RA

Tel: 06 – 1509 2694

1.

Onze controleaanpak en de uitkomsten daarbij



1. Onze controleaanpak en de uitkomsten daarbij

Reikwijdte van de controle

Met de opdrachtbevestiging van 17 december 2021 (kenmerk 312017011.21.253) heeft u ons de opdracht gegeven tot het controleren van de jaarrekening 2021. De reikwijdte van onze controle staat omschreven in deze opdrachtbevestiging. Er is gedurende het verloop van de controle op geen enkele wijze sprake geweest van een beperking in de reikwijdte van onze controle. De doelstelling van de controle is het afgeven van een controleverklaring bij de jaarrekening van de gemeenschappelijke regeling Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg Hollands Midden (verder: Hecht).

In dit accountantsverslag geven wij een toelichting op de bevindingen naar aanleiding van de controle. Onze controle wordt verricht in overeenstemming met Nederlands recht, waaronder de Nederlandse Controlestandaarden en de beleidsregels toepassing Wet normering topinkomens (WNT).

Tijdens de uitvoering van de oorspronkelijke controleplanning hebben zich geen wijzigingen van materieel belang in de reikwijdte voorgedaan. Wij achten de reikwijdte van onze controle voor 2021 voldoende voor de doelstelling van onze controle.

Materialiteitsbepaling is overeenkomstig het vastgestelde controleprotocol

De wijze waarop wij de materialiteit bepaald hebben, sluit aan op de door het algemeen bestuur op 28 maart 2018 meerjarig vastgestelde controleprotocol "Normenkader rechtmatigheid RDOG Hollands Midden 2018" en het door het algemeen bestuur op 7 april 2021 vastgestelde "Normenkader rechtmatigheid RDOG Hollands Midden 2021". De maximaal toe te passen marges voor de accountantscontrole zijn vastgelegd in het Besluit accountantscontrole decentrale overheden (het Bado). In het accountantsprotocol heeft u geen lagere marges vastgesteld waardoor wij het wettelijke kader als uitgangspunt hebben gehanteerd. De lasten van uw gemeenschappelijke regeling zijn door de meerkosten door COVID-19 in 2020 en 2021 ruim tweemaal zo hoog als in een "regulier" jaar. Dit betekent dat de materialiteit ook aanzienlijk hoger is dan in een regulier jaar. Omdat, onder meer uit uitingen van het ministerie van VWS, blijkt dat het niet de doelstelling is om de meerkosten door COVID-19 diepgaander te controleren, hebben wij geen aanleiding gezien de materialiteit voor 2021 omlaag bij te stellen. Dit sluit ook aan het door uw algemeen bestuur vastgestelde controleprotocol.

De bij onze controle van de jaarrekening 2021 toegepaste goedkeuringstoleranties bedragen derhalve:

Bron: jaarrekening 2021	Fouten	Onzekerheden
Goedkeuringsmaterialiteit	€ 1.729.800	€ 5.189.400

Onze aanpak is gericht op risico's

Het algemeen bestuur heeft in het controleprotocol de rapporteringstolerantie gelijk gesteld aan de goedkeuringstoleranties.

Voor de jaarrekeningcontrole 2021 onderkennen wij een aantal risico's en aandachtspunten, die een verhoogd (bruto) risico met zich mee (kunnen) brengen op een materiële fout in uw jaarrekening en die een mogelijke impact op de bedrijfsvoering kunnen hebben. De risico's en aandachtspunten zijn hieronder weergegeven. Opname van een risicogebied of aandachtspunt in deze opsomming betekent niet dat daadwerkelijk sprake is van risico's die zich daadwerkelijk voordoen, maar zijn enkel bedoeld om aan te geven dat wij hier tijdens onze controle (extra) aandacht aan hebben besteed.

Risico's voor de jaarrekening 2021

- Voorzieningen (groot onderhoud) vanwege het schattingselement en de daarmee samenhangende schattingsonzekerheden.
- Management override of controls. Dit betreft de mogelijkheid die het management heeft om specifieke controlemaatregelen te omzeilen, bijvoorbeeld door memoriaalboekingen of in het schattingsproces. De specifieke aandacht voor dit risico is voorgeschreven vanuit de controlerichtlijnen en is niet uniek voor uw gemeenschappelijke regeling.
- De verantwoordings van de baten en de lasten in het kader van COVID-19 aan het Ministerie van VWS (Coronabedrijf).
- Opbrengstverantwoording van de andere materiële opbrengstenstromen; dat zijn de bijdragen van de gemeenten voor basistaken en maatwerk, de opbrengsten voor reizigersvaccinaties en de opbrengsten voor het rijksvaccinatieprogramma.
- Naleving van de (Europese) aanbestedingsregels.
- Betaalproces, vanwege de potentiële (fraude-)risico's.
- Verantwoording WNT (vanwege de complexe wet- en regelgeving).
- Verantwoording SiSa (wegens afwikkeling regeling Zorgbonus).
- De voortgang en status van de (noodzakelijke en gewenste) verbeteringen met betrekking tot de kwaliteit van de interne beheersing in relatie tot de af te geven verklaring van het dagelijks bestuur inzake de rechtmatigheid (over 2023).
- De follow-up ten aanzien van eerder gerapporteerde aandachtspunten vanuit de interne en externe controle.
- De kwaliteit van de IT-omgeving in 2021.

Het inschatten van risico is inherent aan deze posten en is niet direct een gevolg van verwachte leemten in de interne beheersing van uw gemeenschappelijke regeling. Ook is sprake van inschattingen van bruto risico's, alvorens eventuele beheersmaatregelen zijn genomen.

Ter voorkoming van een materiële fout in de jaarrekening heeft u voor bovenstaande risicogebieden beheersmaatregelen getroffen. Wij hebben ons bij de controle gericht op de opzet en het bestaan van de door u ingerichte beheersingsomgeving, die deze risico's moeten verkleinen. Voor een toelichting op een aantal onderkende risico's en aandachtspunten verwijzen wij naar het hoofdstuk 'belangrijke bevindingen'. Daarnaast verwijzen wij u naar onze bevindingen in het hoofdstuk 'Interne beheersing'.

De baten en lasten, alsmede balansmutaties, zijn rechtmatig

Op basis van uw controleprotocol en normenkader hebben wij de naleving van het financieel rechtmatigheidskader voor uw gemeenschappelijke regeling gecontroleerd. Hierbij zijn geen materiële bijzonderheden geconstateerd. Hecht kent vier programma's: GGD, ZVH, GHOR en RAV. Op deze programma's is geen sprake van een overschrijding van de begroting (lasten) die doorwerken in ons rechtmatigheidsoordeel.

Onze conclusie is derhalve dat de baten en lasten, alsmede de balansmutaties, rechtmatig zijn weergegeven in de jaarrekening 2021.

De jaarrekening voldoet aan het BBV

Significante verslaggevingsgrondslagen en de toepassing hiervan zijn belangrijk voor de presentatie van de financiële positie en de baten en lasten van Hecht. Daarnaast vereisen zij van het dagelijks bestuur het toepassen van oordeelsvorming ten aanzien van moeilijke, subjectieve en complexe posities, die vaak – vanwege de noodzaak om inschattingen te moeten maken over het effect van zaken – inherent onzeker zijn.

De belangrijkste verslaggevingsgrondslagen van Hecht zijn uiteengezet in de jaarstukken 2021 in onderdeel '4.3 Grondslagen voor balanswaardering en resultaatbepaling'.

Wij hebben het door het dagelijks bestuur toegepaste proces voor belangrijke verslaggevingsgrondslagen geëvalueerd en hebben gegevensgerichte controlewerkzaamheden uitgevoerd. Wij hebben de toepassing van de juiste methodiek, de aannames, de berekeningen en de consistente toepassing van de betrokken modellen en/of de van toepassing zijnde financiële verslaggeving beoordeeld. Wij zijn van mening dat de verslaggevingsgrondslagen en de toegepaste inschattingen redelijk zijn en consistent zijn gebruikt: de jaarstukken voldoen aan het BBV (Besluit begroting en verantwoording).

Geen geïdentificeerde materiële fouten en tekortkomingen in de jaarstukken

Naar aanleiding van onze jaarrekeningcontrole, resteren er geen van materieel belang zijnde ongecorrigeerde afwijkingen of onzekerheden. Door ons gerapporteerde bevindingen zijn derhalve niet materieel (dus hebben geen invloed op de strekking van onze controleverklaring), maar zijn naar onze mening vooral van belang voor uw beoordeling van de jaarstukken en de verdere kwaliteitsverbetering van de administratieve organisatie en interne beheersing.

Voor de niet materiële fouten en tekortkomingen in de jaarstukken verwijzen wij u naar de diverse onderdelen van dit rapport.

Goedkeurende controleverklaring

Wij zijn van oordeel dat de jaarrekening 2021 van Hecht een getrouw beeld geeft van het eigen vermogen op 31 december 2021 en het resultaat over 2021. Voorts zijn wij van oordeel dat de in deze jaarrekening verantwoorde baten en lasten alsmede de balansmutaties over 2021 in alle van materieel belang zijnde aspecten tot stand zijn gekomen in overeenstemming met de in de relevante wet- en regelgeving opgenomen bepalingen, zoals opgenomen in het normenkader (vastgesteld door het algemeen bestuur op 7 april 2021). Hierbij geldt als voorwaarde dat de door ons gecontroleerde jaarrekening ongewijzigd door het algemeen bestuur wordt vastgesteld. Wij verzoeken u derhalve ons een door de voorzitter en de directie ondertekend besluit van de vastgestelde jaarrekening te verstrekken. Mochten nog wijzigingen worden aangebracht in de definitieve versie van de jaarrekening dan dienen wij deze te beoordelen alvorens onze controleverklaring hierbij mag worden opgenomen.

2.

Financiële positie en resultaat



2. Financiële positie en resultaat

De vermogenspositie van Hecht verbeterd

In het BBV en de verslaggevingsregels voor gemeenschappelijke regelingen, wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen resultaatbepaling en resultaatbestemming. Alle baten en lasten dienen via het overzicht van baten en lasten in de jaarrekening te lopen. Er mogen geen baten of lasten rechtstreeks in het eigen vermogen (dat bestaat uit de algemene reserve en de bestemmingsreserves) worden gemuteerd.

De mutaties in het eigen vermogen vinden plaats door middel van de resultaatbestemming. Het gerealiseerd totaalsaldo van baten en lasten 2021 bedraagt € 2.207.000 voordelig. Per saldo is tussentijds € 139.000 aan de reserves gedoteerd, zodat het uiteindelijk gerealiseerde resultaat over 2021 € 2.068.000 voordelig bedraagt. Dit resultaat is afzonderlijk vermeld onder het eigen vermogen in de balans.

In het hiernavolgende overzicht hebben wij de ontwikkeling van het eigen vermogen opgenomen.

	2021	2020	2019	2018
Eigen vermogen (in € 1.000)				
Eigen vermogen per 1 januari	7.714	3.948	3.627	923
Tussentijdse resultaatbestemming	139	-/- 122	-/- 195	1.999
Gerealiseerd resultaat	2.068	3.888	516	705
Totaal ('gerealiseerd saldo van baten en lasten')	2.207	3.766	321	2.704
Eenmalige directe storting kapitaal ZVH	91	-	-	-
Eigen vermogen per 31 december	10.012	7.714	3.948	3.627

De tussentijdse resultaatbestemming bestaat uit de stortingen in en onttrekkingen uit de reserves, in overeenstemming met de besluiten van uw algemeen bestuur.

De omvang van het eigen vermogen bedraagt ultimo 2021 circa 18% van het balanstotaal (2020: 16% van het balanstotaal).

De relatief beperkte stijging van de omvang van het eigen vermogen (ondanks het aanzienlijke positievere resultaat) ten opzichte van het balans totaal in 2021 wordt veroorzaakt door de per balansdatum openstaande schulden aan leveranciers in verband met corona-lasten en vorderingen op het RIVM en het ministerie van VWS in verband met hun financiering daarvan. Als van deze bijzondere posten afgezien zou worden, dan zou het eigen vermogen ten opzichte van het balans totaal sterker gestegen zijn. In paragraaf 4.5.6 van de jaarrekening geeft het dagelijks bestuur een nadere toelichting op de mutaties in het eigen vermogen over het jaar 2021. Wij verwijzen u naar deze toelichting.

Resultaat 2021 is beïnvloed door reservemutatie(s)

Het feitelijke saldo van baten en lasten in een jaar wordt weergegeven als het gerealiseerde totaalsaldo van baten en lasten. Daarnaast kent Hecht ook het gerealiseerde resultaat. Dit is het gerealiseerde totaalsaldo van baten en lasten plus of min de tussentijdse resultaatbestemmingen. Deze bestemmingen bestaan uit in de loop van het jaar gedane onttrekkingen uit reserves minus de tussentijdse stortingen in reserves. De stortingen in dan wel onttrekkingen aan reserves vinden plaats op basis van door u genomen besluiten. Het gerealiseerde resultaat is dus mede het gevolg van de bestuurlijke besluitvorming.

Concreet betekent dit voor uw gemeenschappelijke regeling het volgende:

De exploitatie over 2021 laat een voordelig gerealiseerd totaal saldo van baten en lasten van € 2.207.000 zien, ten opzichte van een begroot (na wijziging) voordelig saldo van € 69.000. Dit is een voordeel van € 2.138.000. Het gerealiseerde voordelig resultaat ad € 2.068.000 is afzonderlijk op de balans onder het eigen vermogen opgenomen.

In de jaarstukken wordt op diverse plaatsen een nadere toelichting gegeven op de totstandkoming van het resultaat en worden de verschillen tussen de begroting (na wijziging) en de gerealiseerde baten en lasten verklaard. Wij verwijzen u naar deze toelichtingen.

Exploitatieresultaat (in € 1.000)

Totale baten	174.706	
Totale lasten	172.499	
Gerealiseerde saldo van baten en lasten (voordelig)		2.207
Af: stortingen in reserves	487	
Bij: onttrekkingen aan reserves	348	
Saldo mutaties reserves, per saldo storting		139
Gerealiseerd resultaat (voordelig)		2.608

Het voordelige exploitatieresultaat 2021 (voor bestemming) is mede ontstaan na een aantal incidentele baten en lasten. Door het effect van de incidentele baten en lasten buiten beschouwing te laten, ontstaat meer inzicht in de reguliere baten en lasten. Het inzicht in de reguliere baten en lasten is van belang, omdat het een betere indicatie geeft van de toekomstige baten en lasten, overigens zonder rekening te houden met beleidswijzigingen. In de toelichting op het overzicht van baten en lasten is in paragraaf 4.5.7 eveneens inzicht in de incidentele baten en lasten gegeven. Kortheidshalve verwijzen wij u naar deze uiteenzetting.

**Afwijkingen ten opzichte
van de begroting zijn in
2021 beperkt t.o.v. 2020**

Uw gemeenschappelijke regeling kent in een “normaal” jaar baten en lasten ter hoogte van circa € 97 miljoen. Dit was ook in de primaire begroting opgenomen. Door de bestrijding van de COVID-2019, waarin uw GGD een belangrijke rol speelt, werd alles anders. De begroting voor 2021 is daarom bijgesteld naar circa € 173 miljoen aan baten en lasten. Uiteindelijk zijn de gerealiseerde lasten circa € 1 miljoen lager uitgevallen dan begroot was. De baten zijn circa € 2 miljoen hoger dan begroot.

De afwijkingen ten opzichte van de bijgestelde begroting zijn in 2021 daarmee gering. In de toelichting op het overzicht van baten en lasten gaat het dagelijks bestuur nader in op oorzaken voor de verschillen.

Het dagelijks bestuur kwalificeert het weerstandsvermogen als afdoende

Het weerstandsvermogen bestaat uit de relatie tussen de beschikbare weerstandscapaciteit en de benodigde weerstandscapaciteit vanwege ingeschatte risico's. In het AB van 8 december 2021, heeft het bestuur besloten om te streven naar een weerstandsvermogen ter grootte van € 3 mln. Hierbij zal een maximum gelden van € 6 mln. Het dagelijks bestuur zal nog komen met een voorstel voor de bestemming van het resultaat 2021.

De beschikbare weerstandscapaciteit heeft het dagelijks bestuur bepaald op € 7,02 miljoen. In de paragraaf weerstandsvermogen en risicobeheersing heeft het dagelijks bestuur een opsomming gegeven van ingeschatte risico's. Deze cumuleren voor 2021 tot een bedrag van € 2,63 miljoen (2020: € 5,1 miljoen). De verhouding tussen de beschikbare weerstandscapaciteit en de benodigde weerstandscapaciteit in de jaarrekening is 250%. Op basis van deze kwantificering lijkt het beschikbare weerstandsvermogen toereikend te zijn en concludeert het dagelijks bestuur dat het weerstandsvermogen de onderkende risico's financieel afdoende afdekt.

Ten opzichte van 2020 is sprake van een daling van de gekwantificeerde risico's met circa 48%. Wij verwijzen u voor de onderkende risico's en de kwantificering daarvan naar de paragraaf Weerstandsvermogen en risicobeheersing in de jaarstukken 2021 (paragraaf 3.8.1 van het jaarverslag). Overigens merken wij hierbij op dat deze cijfers niet aan accountantscontrole of een beoordelingsopdracht zijn onderworpen.

3.

Bevindingen eindejaarscontrole



3. Bevindingen eindejaarscontrole

Verloop controle

Het opstellen en controleren van de jaarrekeningen van Hecht heeft de afgelopen jaren (te) veel tijd en energie gekost. Ondanks dat wij de controle dit jaar, in overleg met uw medewerkers, zes weken later dan vorig jaar gestart zijn om meer voorbereidingstijd te creëren, heeft dit niet geleid tot een soepeler proces. Bij aanvang van de controle was de concept-jaarrekening nog niet gereed en waren ook niet alle onderbouwingen voor posten aanwezig. In overleg met uw medewerkers zijn wij de controle wel gestart. Daarnaast kwamen uit onze controlewerkzaamheden fouten naar voren. Dit alles heeft geleid tot meer dan 50 correcties (zowel door uw medewerkers geïnitieerd als vanuit ons) om te komen tot de definitieve jaarrekening. Hoewel wij willen benadrukken dat de controle in een goede samenwerking en met voldoende betrokkenheid van uw medewerkers heeft plaatsgevonden, is dit natuurlijk volstrekt geen gewenste situatie.

Bovenstaande constatering liggen in lijn met onze opmerkingen bij het vorige jaarrekeningproces. De onderliggende analyse van toen dat er naast “externe” factoren als corona en ook personele wisselingen sprake is van onderliggend “achterstallig onderhoud” in de interne beheersing die aandacht behoeft, is ons inziens nog steeds geldig. Daarbij zien wij ook aandachtspunten in eigenaarschap voor posten en helderheid in de rolverdeling in het administratie- en jaarrekeningproces. Uiteraard zullen wij het proces met uw controller en de directie evalueren. Wij zien bij hen ook nadrukkelijk de wens om hierin stappen te gaan zetten.

Corona-meerkosten VWS zijn getrouw en rechtmatig verantwoord

In het jaarverslag is een overzicht opgenomen van de meerkosten die uw GGD heeft moeten maken in verband met COVID-19 en die u bij het ministerie van VWS kunt declareren. Deze tabel is opgenomen in overeenstemming met de “Verantwoordings-Instructie 2021 Meerkosten COVID-19 GGD – VWS” zoals vastgesteld in de Sectorcommissie Decentrale Overheden (SDO) van de NBA op 5 november 2021. Wij hebben op dit overzicht in het jaarverslag geen afzonderlijke accountantscontrole uitgevoerd. Omdat de in dit overzicht opgenomen lasten ook in de jaarrekening terugkomen op diverse plekken (kosten, baten, vorderingen, schulden, investeringen en bijdragen van derden), hebben we daar wel controlewerkzaamheden op uitgevoerd. Conform de verantwoordingsinstructie is deze controle uitgevoerd met in achtneming van uw eigen normenkader, het Besluit accountantscontrole decentrale overheden (Bado), de kadernota rechtmatigheid van de commissie BBV en de materialiteit die geldt voor de controle van de jaarrekening. Een belangrijk aandachtspunt daarbij was dat geen sprake mag zijn van dubbele financiering van meerkosten.

Wij hebben vastgesteld dat de corona-meerkosten conform deze uitgangspunten zijn verwerkt in de jaarrekening.

Volg de ontwikkelingen rond het mogen afwijken van de Europese aanbestedingsregels voor dwingende spoed goed

De uitgaven van uw gemeenschappelijke regeling zijn sinds 2020 sterk gestegen ten opzichte van de jaren daarvoor. De oorzaak hiervan ligt uiteraard in de verregaande maatregelen die u moet nemen en de extra uitgaven die u moet doen in verband met het bedwingen van de Coronacrisis. Uw organisatie dient ook bij deze extra uitgaven in principe te voldoen aan Europese aanbestedingsregels, voorover sprake is van geraamde uitgaven per opdracht van meer dan € 214.000 exclusief Btw bij leveringen en diensten (vanaf 2022 € 215.000).

Uiteraard bracht het bedwingen van de – onvoorziene – crisis met zich mee dat voor veel van de uitgaven een reguliere aanbestedingsprocedure zou leiden tot een onwenselijke vertraging in de uitvoering van de noodzakelijke activiteiten door uw organisatie. Daarom heeft u, net als in 2020, een aantal maal met een beroep op uitzonderingsbepalingen in de Europese aanbestedingsregels uit hoofde van “dwingende spoed in het geval van onvoorziene omstandigheden” voor een andere dan een Europese aanbestedingsprocedure gekozen.

Om voor deze uitzonderingsbepalingen in aanmerking te komen dient uw organisatie aan de volgende vier cumulatieve voorwaarden te voldoen:

- onvoorzienbaarheid van de gebeurtenissen bij de decentrale overheid;
- onverenigbaarheid van de dwingende spoed met de termijnen van andere aanbestedingsprocedures;
- causaal verband tussen de spoed en de onvoorziene omstandigheden;
- een omstandigheid, waar een beroep op wordt gedaan, die niet te wijten is aan de decentrale overheid zelf.

In landelijke ingewonnen adviezen bij aanbestedingsspecialisten is geconcludeerd dat voor de uitgaven in 2021 de uitzonderingsbepalingen voor dwingende spoed nog van toepassing waren, met name wegens het grillige verloop van de pandemie. Naar de huidige verwachting zal een bepaalde test- en/ of vaccinatiecapaciteit nodig blijven, net als de diensten en leveringen om die capaciteit in stand te houden. Het is daarom zaak dat uw gemeenschappelijke regeling voor de toekomst reguliere aanbestedingsprocedures houdt om te voorzien in deze behoeften. De dwingende spoed zal in de toekomst waarschijnlijk (steeds) minder aanwezig zijn. Overigens zien wij dat uw directie de ontwikkelingen op de voet volgt en wij hebben van hen vernomen dat er momenteel ook op ministerieel niveau overleg is over het ook voor 2022 van toepassing verklaren van dwingende spoed op een deel van de uitgaven. Wij adviseren u samen met ons de ontwikkelingen in 2022 te blijven volgen.

Overige bevindingen Europees aanbestedingen

Uit de controle op de Europese aanbestedingen van Hecht komen vier contracten waarop ten onrechte geen Europese aanbesteding heeft plaatsgevonden naar voren. Dit levert een rechtmatigheidsfout, die wij hebben meegewogen in ons oordeel, op van in totaal € 585.000 (2020: € 692.000).

Voor twee contracten (inzake wassen linnengoed en schoonmaakwerkzaamheden) heeft Hecht er bewust voor gekozen lopende contracten die feitelijk in 2020 opnieuw aanbesteed hadden moeten worden, nog door te laten lopen in verband met continuïteit van de dienstverlening tijdens Corona. Ook de uitgaven in 2022 op deze contracten zullen daardoor, in 2022, als onrechtmatig worden meegeteld.

Verantwoording overlopende posten

Daarnaast is sprake van een (doorlopende) fout voor de licenties van uw financiële pakket en andere applicaties. Door de destijds gekozen looptijd (onbepaalde tijd) zal daarvoor ook de komende jaren (tot een nieuwe aanbesteding plaatsvindt) sprake zijn van rechtmatigheidsfouten.

Tevens zijn wij een aantal andere contracten die door jaarlijkse verlengingen de drempel voor een Europese aanbesteding naderen. Wij adviseren u de uitgaven hierop te volgen en eventuele maatregelen te treffen. Wij adviseren u tevens aandacht te besteden aan de vastlegging van uw inkoopstrategie bij het verlenen van opdrachten.

De Commissie Bbv beveelt overigens aan om meerjarige inkoopcontracten, die zouden moeten voldoen aan Europese aanbestedingsregels maar dat niet doen, in de toelichting op de jaarrekening op te nemen bij de 'niet in de balans opgenomen verplichtingen' voor het volle bedrag waarover het contract is afgesloten. U heeft ervoor gekozen om dit niet te doen. Wij hebben de toekomstige verplichtingen dan ook niet meegewogen in ons oordeel. Het nadeel hiervan is dat deze fouten in de komende jaren weer terugkomen.

Het beheer van tussenrekeningen is al een aantal jaren een aandachtspunt binnen uw organisatie. Door diverse oorzaken (zie hiervoor ook de eerste alinea van dit hoofdstuk) is hier in 2021 (te) weinig progressie in gemaakt en heeft de controle van deze posten ook dit jaar zeer veel inspanning geveegd. Veel tussenrekeningen bevatten dit jaar in de concept jaarrekening saldi van oude jaren, die financieel afgewikkeld moesten worden. Deze zijn uiteindelijk in de definitieve jaarrekening gecorrigeerd. Het ging hier om zowel veel posten als omvangrijke baten en lasten-correcties. Tevens staan er nog aanzienlijke vorderingen met betrekking tot de bij VWS te declareren coronakosten uit 2020 open (per saldo ruim 2,4 miljoen). Doordat verschillende medewerkers over deze posten gingen en een onvoldoende bewaking van de afwikkeling heeft plaatsgevonden, is pas onlangs een verzoek tot afwikkeling bij VWS gedaan.

Hecht heeft veel tijd nodig gehad om de saldi op de verschillende tussenrekeningen op een adequate manier te onderbouwen. Daarbij voldeed de onderbouwing niet altijd aan de verslaggevingsvereisten die voor uw organisatie gelden. Deze posten zijn uiteindelijk gecorrigeerd in de definitieve jaarrekening.

Wij adviseren u om tussentijds de saldi op de tussenrekeningen te controleren. Het niet tijdig of juist afwikkelen van saldi daarop kan immers niet alleen de kwaliteit van uw jaarrekening, maar ook die van de tussentijdse informatie beïnvloeden. Uiteraard is het ook belangrijk om naast controles achteraf voldoende waarborgen in uw organisatie en proces te treffen om de tussenrekeningen actueel te houden.

Begrotingsrechtmatigheid is adequaat toegelicht in de jaarrekening

Naast de controle op de rechtmatige totstandkoming van de baten, lasten en balansmutaties in de jaarrekening 2021, hebben wij de begrotingsrechtmatigheid gecontroleerd.

De toe te passen normen voor dit begrotingscriterium zijn gebaseerd op artikel 189, 190 en 191 van de Gemeentewet en moet door het algemeen bestuur zelf nader worden ingevuld en geconcretiseerd. Dit gebeurt door middel van de begroting en via de verordening op het financieel beheer ex artikel 212 van de Gemeentewet.

Het systeem van budgetbeheer en -bewaking moet waarborgen dat de baten en lasten binnen de begroting blijven en dat belangrijke wijzigingen of dreigende overschrijdingen tijdig worden gemeld aan het algemeen bestuur, zodat deze tijdig (binnen het begrotingsjaar) een besluit kan nemen. Een systeem met onvoldoende waarborgen voor tijdige melding aan het algemeen bestuur van budgetoverschrijdingen heeft het risico in zich dat inbreuk wordt gemaakt op het budgetrecht van het algemeen bestuur.

Het begrotingscriterium is verder verfijnd en uitgewerkt in de Kadernota van de Commissie BBV. Een belangrijk uitgangspunt is dat het overschrijden van de begroting altijd onrechtmatig is, maar niet in alle gevallen hoeft te worden meegewogen in het accountantsoordeel. Essentieel is dat het algemeen bestuur nadere regels kan stellen wanneer kostenoverschrijdingen die worden gecompenseerd door direct gerelateerde opbrengsten (1), kostenoverschrijdingen passend binnen het beleid (2) en kostenoverschrijdingen bij openeinderregelingen (3) moeten meewegen bij het oordeel van de accountant. In die gevallen dat het algemeen bestuur geen nader beleid stelt, geldt het uitgangspunt dat deze kostenoverschrijdingen door de accountant niet worden betrokken bij de beslissing of al dan niet een goedkeurende controleverklaring kan worden afgegeven. Deze kostenoverschrijdingen moeten dan wel goed herkenbaar in de jaarrekening zijn opgenomen. Daarnaast moet de accountant deze kostenoverschrijdingen – waarvan het dagelijks bestuur in de jaarrekening moet aangeven dat het algemeen bestuur deze nog dient te autoriseren – in het verslag van bevindingen aan de orde stellen. Extra lasten die zijn gemaakt omdat extra opbrengsten daarvoor de ruimte bieden, terwijl deze extra lasten niet direct zijn gerelateerd aan de extra opbrengsten en waarbij het algemeen bestuur nog geen besluit heeft genomen over de aanwending van deze extra opbrengsten, zijn onrechtmatig en tellen mee in het oordeel van de accountant. Dit is bij uw gemeenschappelijke regeling overigens niet aan de orde.

Begrotingsafwijkingen werken niet door in de controleverklaring

In totaal heeft uw gemeenschappelijke regeling € 173,65 miljoen aan lasten begroot na wijziging, tegenover € 172,99 miljoen aan werkelijke lasten in 2021. Dit is in totaal een onderschrijding van € 0,66 miljoen (0,4%). Aan baten had uw gemeenschappelijke regeling een bedrag van € 173,78 miljoen begroot na wijziging, tegenover € 175,05 miljoen aan werkelijke baten in 2021. Het gerealiseerde totaal saldo van baten en lasten komt daarmee op € 2,21 miljoen voordelig.

In het kader van de begrotingsrechtmatigheid moet gekeken worden naar de lastenoverschrijdingen op het niveau waarop het algemeen bestuur de begroting autoriseert. In uw geval is dat op programmaniveau, waarbij sprake is van 4 programma's. Over het jaar 2021 is op het programma ZVH sprake van een overschrijding van de geraamde lasten. Ten opzichte van deze hogere lasten

Wet normering topinkomens (WNT)

stonen grotendeels direct gerelateerde baten. Hierdoor is de overschrijding weliswaar onrechtmatig, maar telt dit niet door in het oordeel van de accountant. Op de overige programma's is geen sprake van een overschrijding van de lasten.

De begrotingsrechtmatigheid omvat ook de overschrijdingen op investeringskredieten. Deze hebben zich in 2021 niet voorgedaan.

Wij verwijzen voor een inhoudelijke en meer specifieke analyse van de begrotingsafwijkingen naar de toelichtingen die zijn opgenomen in onderdeel hoofdstuk 4.5.1 tot en met 4.5.5 in de toelichting op de staat van baten en lasten en in de paragraaf 3.8.6 Rechtmatigheid, waarin een analyse van de (begrotings-)afwijkingen en de begrotingsrechtmatigheid 2021 is opgenomen. Tevens verwijzen wij u naar hoofdstuk 2 van dit accountantsverslag. Naast overschrijdingen van lasten per programma, zijn er ook meer baten gerealiseerd dan begroot. Over de baten rapporteren wij in deze paragraaf verder niet, omdat dit geen onderdeel uitmaakt van het criterium begrotingsrechtmatigheid zoals de richtlijnen voorschrijven.

De Wet normering topinkomens (WNT) is in werking getreden met ingang van 1 januari 2013. De WNT regelt niet alleen de openbaarmaking van topinkomens in de publieke en semipublieke sector, maar stelt ook maxima aan de hoogte van de bezoldiging van topfunctionarissen en tevens aan de ontslagvergoedingen.

Met ingang van 1 januari 2013 is bij wet vastgelegd dat rechtspersonen of organisaties die volledig of in aanzienlijke mate uit publieke middelen zijn gefinancierd beloningen van topfunctionarissen openbaar dienen te maken, ook als deze de in de wet gestelde maximale bezoldiging over 2021 van € 209.000 niet te boven gaat. Daarnaast dienen gemeenschappelijke regelingen het salaris openbaar te maken van overige medewerkers (inclusief – wanneer aan bepaalde voorwaarden is voldaan – ingehuurd personeel) die een bezoldiging ontvangen boven deze norm. Ten slotte stelt de WNT een aantal overige eisen, zoals een maximale ontslagvergoeding voor topfunctionarissen van € 75.000.

Met ingang van boekjaar 2018 dienen ook de ontvangen vergoedingen die bij andere WNT plichtige instellingen zijn ontvangen te worden verantwoord in de WNT-verantwoording. Aangezien het voor ons niet mogelijk is de volledigheid vast te stellen van de dienstbetrekkingen en de ontvangen vergoedingen, is in het WNT-controleprotocol opgenomen dat wij de anticumulatiebepaling niet hoeven te controleren. In onze controleverklaring is dit ook als zodanig toegelicht. De naleving van de anticumulatiebepaling maakt derhalve geen onderdeel uit van de controle van de accountant. De WNT-toezichthouders kunnen hier wel zelfstandig onderzoek naar doen en zo nodig handhavend optreden.

Er heeft in 2021 fourtherstel plaatsgevonden voor een bedrag van € 1.185,47 in de WNT-verantwoording 2020 (welke tevens als vergelijkende cijfers is opgenomen in de jaarrekening 2021). Voor een nadere toelichting hierop verwijzen wij u naar de paragraaf 4.5.8 in de jaarrekening.

In het kader van de WNT attenderen wij u erop dat u de plicht heeft om uiterlijk 1 juli 2022 uw WNT-verantwoording over het kalenderjaar 2021 via internet op een algemeen toegankelijke wijze openbaar te maken. Indien op grond van andere op de verantwoordelijke van toepassing zijnde regelgeving of een besluit een later tijdstip waarop het financieel verslaggevingsdocument

Geen fouten en onzekerheden met betrekking tot de SiSa-bijlage

openbaar moet worden gemaakt geldt, is die latere datum de uiterlijke datum van openbaarmaking. Bij de controle van de WNT-verantwoording 2021 stelden wij vast dat geen sprake was van (zichtbare) interne controle op de opgestelde WNT-verantwoording. Wij hebben gedurende de controle dan ook meerdere correcties laten doorvoeren op de diverse WNT-tabellen. Wij adviseren u om in het vervolg voordat de WNT-verantwoording voor controle wordt aangeboden zichtbaar interne controle uit te laten voeren.

Op grond van het Besluit accountantscontrole decentrale overheden, artikel 5, lid 4, rapporteren wij in dit accountantsverslag over de fouten en onzekerheden van de specifieke uitkeringen die in 2021 onder SiSa vallen. Wij doen dit met een tabel, die ook opgenomen moet worden als er geen fouten of onzekerheden geconstateerd zijn. Per regeling is hierin aangegeven of, en zo ja welke financiële fouten of onzekerheden zijn geconstateerd. Wij merken op dat wij geen fouten of onzekerheden hebben geconstateerd die groter zijn dan € 125.000 (of groter dan de rapporteringsgrens) zoals voorgeschreven via de nota verwachtingen accountantscontrole (en het door het algemeen bestuur vastgestelde controleprotocol).

Hieronder treft u deze tabel aan. In overeenstemming met hoofdstuk 7.2.1 van de Nota verwachtingen accountantscontrole SiSa 2021 is onderstaande tabel leeggelaten (de kolommen 'Financiële omvang in euro's' en 'Toelichting fout/onzekerheid'), als er geen sprake is van fouten of onzekerheden die boven de rapporteringstoleranties uitkomen.

Nr.	Specifieke uitkering of overig	Fout	Onzekerheid	Financiële omvang in euro's	Toelichting fout/onzekerheid
VWS H11	Corona Bonusregeling Zorg				
LNV L1	Jong Leren Eten-uitkeringen				

Strekking getrouwheid: goedkeurend.

Strekking rechtmatigheid: goedkeurend.

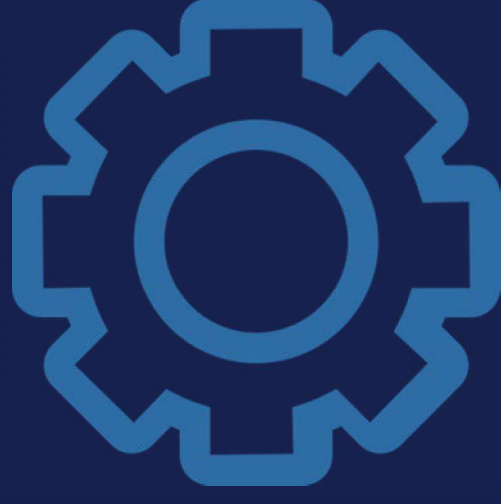
Beleid Misbruik en Oneigenlijk gebruik (M&O)

In haar kadernota rechtmatigheid doet de commissie BBV de aanbeveling om een overkoepelend beleidsstuk M&O op te stellen. Deze bevat naast de filosofie, algemene uitgangspunten en risicoanalyse ook maatregelen ter voorkoming en afdoening. Wanneer de accountant vaststelt dat het M&O-beleid (op onderdelen) niet actueel is en/of vaststelt dat de er geen M&O-beleid bestaat of het M&O-beleid feitelijk niet wordt nageleefd, rapporteert de accountant dat in het verslag van bevindingen.

Dit weegt niet mee naar het oordeel van de accountant over de financiële rechtmatigheid. Binnen Hecht is een dergelijk beleid niet aanwezig. Wij adviseren u vast te stellen of en zo ja op welke onderdelen een dergelijk beleid wenselijk is in de situatie van Hecht.

4.

Interne beheersing



4. Interne beheersing

Kernboodschappen interim- controle 2021

Op 24 januari 2022 hebben wij de bevindingen naar aanleiding van de interim-controle via onze managementletter, na deze besproken te hebben met de directie, gedeeld met het dagelijks bestuur. Voor een nadere duiding van onze opmerkingen en aanbevelingen uit de managementletter 2021 verwijzen wij daarnaar. Hieronder hebben wij de managementsamenvatting uit de managementletter opgenomen.

Managementsamenvatting

Uw interne beheersing

- U heeft nagedacht over de inrichting van de interne beheersing, uitwerking behoeft aandacht.
- Uw intern controleplan geeft aan dat de voortgang en bevindingen van het controleplan twee maal per jaar aan de directie wordt gerapporteerd, voorzien van een advies van de audit commissie. Over 2021 (het opstartjaar) heeft er nog geen rapportage plaatsgevonden.
- Voor 2021 zijn uw procesbeschrijvingen en de bewijsvoering door u geactualiseerd. Aandachtspunt is het eigenaarschap van processen over te dragen naar de procesverantwoordelijken.
- Bespreek de frauderisicoanalyse en met het bestuur en verwerk de frauderisico's in uw intern controleplan.

Procesbevindingen

- het vaststellen van de prestatielevering en vervolgens het documenteren in "Afas Insite" vindt nog niet consequent en consistent plaats.
- De afwikkeling van de WNT-overschrijding 2021 loopt nog.
- Wij hebben een fout in de memoriaalboekingen geconstateerd. U scherpt het proces rond deze boekingen aan waardoor dit soort fouten voorkomen moet worden.
- Het verkrijgen van de informatie om de controle op de juiste toepassing van de Europese aanbestedingsregels te kunnen uit voeren kostte veel tijd en energie. U dient nog aan te tonen dat voor niet aanbestede corona-gerelateerde uitgaven de uitzonderingsbepaling van "dwingende spoed" nog steeds geldt.

Status rechtmatigheidsverantwoording

- De invoering van de rechtmatigheidsverantwoording is voorlopig uitgesteld naar 2022.
- Recent heeft de commissie BBV de Kadernota rechtmatigheid 2022 uitgebracht. Hierin is belangrijke informatie (waaronder stellige uitspraken) opgenomen die ondersteunend kunnen zijn aan het verder vormgeven aan de invulling van de rol van verschillende actoren binnen uw gemeenschappelijke regeling.
- U zet de juiste stappen, zorg ervoor dat u de juiste stappen blijft zetten. De rapporteringsgrens en de controletolerantie moeten nog worden vastgesteld.

Overige onderwerpen

- Wij adviseren u bij komende herzieningen rekening te houden met de naamgeving van het controleprotocol en het normenkader. De huidige naamgeving is verwarrend. Daarnaast wijzen wij u erop dat u dient na te gaan of het normenkader nog geactualiseerd dient te worden naar aanleiding van wijzigingen in interne en externe regelgeving in 2021 na 7 april.
- U dient bij het opstellen van de jaarrekening rekening te houden met de financiële effecten die uit het principeakkoord op de CAO gemeenten volgen.
- Wij hebben nog enkele andere aandachtspunten voor het opstellen van de jaarrekening 2021 n.a.v. ervaringen in de controle van de jaarrekening 2020.

In de meicirculaire 2018 heeft het ministerie van BZK aangegeven dat met ingang van het boekjaar 2021 het dagelijks bestuur zelf een rechtmatigheidsverantwoording bij de jaarrekening moet afgeven. Tot en met de jaarrekening 2021 geeft de accountant bij de jaarrekening van uw gemeenschappelijke regeling een controleverklaring af, met daarin een oordeel over de getrouwheid en rechtmatigheid. Dat tweede oordeel, over de rechtmatigheid, verdwijnt naar verwachting vanaf de jaarrekening 2023. Het ministerie van BZK heeft via de nieuwsbrief IBI (nummer 109, juni 2022) aangegeven dat de introductie van de rechtmatigheidsverantwoording uitgesteld wordt tot in ieder geval de jaarrekening 2023. Dit betekent dat vanaf dan onze controleverklaring alleen een oordeel over de getrouwheid van de jaarrekening (inclusief de rechtmatigheidsverantwoording die door het dagelijks bestuur in de jaarrekening wordt opgenomen) bevat.

In onze managementletter zijn wij ingegaan op wat dit allemaal voor uw gemeenschappelijke regeling betekent. De belangrijkste punten hebben wij hierna samengevat en, waar noodzakelijk, aangevuld met recente ontwikkelingen:

- Vanaf het verslagjaar 2023 moet het algemeen bestuur zichzelf over rechtmatigheid verantwoorden. In de jaarrekening dient daartoe de rechtmatigheidsverantwoording te worden opgenomen. In de paragraaf bedrijfsvoering kan een uitgebreidere toelichting op rechtmatigheidsbevindingen door het dagelijks bestuur worden gegeven:
 - Voor de rechtmatigheidsverantwoording heeft de commissie BBV een modeltekst ontwikkeld. Met dit verplichte model moet het dagelijks bestuur zich verantwoorden over de rechtmatigheid, eventuele afwijkingen en onduidelijkheden. Relevant hiervoor is de “verantwoordingsgrens”. Dit is het bedrag, dat ligt tussen 0% en 3% van de lasten, inclusief toevoegingen aan reserves, waarboven afwijkingen in de rechtmatigheidsverantwoording moeten worden gerapporteerd door het dagelijks bestuur. Fouten en onduidelijkheden (zie verderop in dit onderdeel) worden niet bij elkaar opgesteld.
 - In de paragraaf Bedrijfsvoering moet vervolgens een toelichting worden gegeven op de afwijkingen en de maatregelen die het dagelijks bestuur neemt om deze in de toekomst te voorkomen. Een rapporteringsgrens kan gebruikt worden om geconstateerde fouten die onder de verantwoordingsgrens vallen toch inzichtelijk te maken voor het algemeen bestuur. Het algemeen bestuur zou bijvoorbeeld kunnen bepalen dat deze afwijkingen door het dagelijks bestuur moeten worden vermeld in de paragraaf Bedrijfsvoering. Door deze laatste afwijkingen in de paragraaf Bedrijfsvoering te rapporteren, informeert het dagelijks bestuur het algemeen bestuur over de kwaliteit van de interne beheersing en de uitkomsten daarvan. Meer hierover kunt u ook lezen in de Notitie Bedrijfsvoering van de commissie BBV.
- Een belangrijke wijziging met betrekking tot het normenkader is dat vanaf 2023, wanneer de wetswijziging wordt aangenomen, het normenkader expliciet door het algemeen bestuur moet worden vastgesteld. Wij adviseren u daar rekening mee te houden.
- De Commissie BBV heeft inmiddels de herziene kadernota uitgebracht (Kadernota rechtmatigheid 2023), waarin zij haar visie geeft over de invulling van het begrip rechtmatigheid in de rechtmatigheidsverantwoording. Het doel is uiteindelijk dat uw gemeenschappelijke regeling zelfstandig de in de Kadernota rechtmatigheid 2023 benoemde rechtmatigheidscriteria (het begrotingscriterium, het M&O-criterium en het voorwaardencriterium) afdekt. De Kadernota rechtmatigheid 2023 is daarmee vooral een belangrijk document voor het dagelijks en algemeen bestuur van decentrale overheden geworden. In paragraaf 1.4 van de kadernota is een tiental stellige uitspraken gedaan en zijn zeven aanbevelingen gedaan. Deze worden in de kadernota verder

uitgewerkt. Deze stellige uitspraken en aanbevelingen kunnen u helpen bij de verdere implementatie van de rechtmatigheidsverantwoording binnen uw organisatie. Een aantal van deze stellige uitspraken en aanbevelingen willen wij graag onder de aandacht brengen:

- De kadernota 2023 introduceert het begrip ‘onduidelijkheden’. Dit begrip geeft aan dat er situaties zijn waarin het ook voor het dagelijks bestuur niet duidelijk is of er rechtmatig gehandeld is. Deze moeten dan worden toegelicht en worden gewogen door het dagelijks bestuur.
- In de Kadernota wordt ook ingegaan op de toepassing van tolerantiegrenzen, afwijkingen en de weging hiervan. Deze begrippen zijn vooral van belang voor uw intern controleplan.
- De commissie adviseert ook fraude door eigen medewerkers toe te lichten in de paragraaf Bedrijfsvoering. Hierover heeft de commissie BBV in de Notitie Bedrijfsvoering meer geschreven.
- De invoering betekent eveneens dat de verordeningen 212, 213 en het normenkader moeten worden geactualiseerd. Ook moeten afspraken worden gemaakt of herzien met de accountant. Hierbij moet u vooral denken aan de scope van de interne controle (getrouwheid versus rechtmatigheid), de documentatie van de uitgevoerde interne controles en de planning van de interne controle. U beschikt over een Intern Controleplan 2022 (waarover verderop meer). Het intern controleplan, de daarin opgenomen risicoanalyse en de tijdige uitvoering van de geplande interne controles, zijn belangrijke randvoorwaarden om in 2024 een rechtmatigheidsverantwoording op te kunnen stellen met betrekking tot boekjaar 2023
- Bij aan derden uitbestede werkzaamheden is het belangrijk als gemeenschappelijke regeling zelf zekerheid te krijgen over de rechtmatigheid. De wijze waarop dat kan is in de Kadernota uitgewerkt. Voor uw gemeenschappelijke regeling speelt dit bij de FLO-verantwoording.

Wij adviseren u overigens om (voor zover u dit nog niet heeft gedaan) kennis te nemen van de Kadernota rechtmatigheid 2023. Deze kadernota kan ondersteunend zijn aan het verder vormgeven aan de invulling van de rol van verschillende actoren binnen uw gemeenschappelijke regeling. Wij zien de invoering van de rechtmatigheidsverantwoording voor u ook als een uitgelezen kans om de interne beheersing daarmee op een hoger niveau te krijgen.

Een goede onderbouwing van de rechtmatigheidsverantwoording is ons gedeeld belang. De accountant moet straks immers verklaren dat de door het dagelijks bestuur afgegeven rechtmatigheidsverantwoording getrouw is. Wij zijn als uw accountant dus in belangrijke mate afhankelijk van de (interne controle) werkzaamheden van het dagelijks bestuur. Uiteraard maken wij hier graag gebruik van en willen wij graag samen optrekken om tot een goede invulling van de rechtmatigheidsverantwoording te komen. De jaarlijkse beoordeling van het intern controleplan van het dagelijks bestuur, de door haar uitgevoerde risicoanalyse en de beoogde interne controle aanpak zullen wij diepgaand met elkaar bespreken. Een belangrijke verandering ten opzichte van voorgaande jaren is, dat wij dit vooral vroegtijdig, meer concreet in het eerste of tweede kwartaal willen doen. Het doel is uiteindelijk dat uw gemeenschappelijke regeling geheel zelfstandig de 3 rechtmatigheidscriteria, begrotingscriterium, M&O-criterium en voorwaardencriterium, afdekt en dat wij door goede afspraken aan de voorkant kunnen volstaan met een marginale review achteraf. Dan is het in onze optiek logisch dat wij vroeg in het jaar met elkaar in gesprek zijn.

Op 13 april 2022 heeft het Algemeen bestuur de Nota Kaders rechtmatigheid 2022 vastgesteld. Op dat moment was nog de verwachting dat de rechtmatigheidsverantwoording in zou gaan met ingang van de jaarrekening 2022. Inmiddels is bekend dat dit een jaar later in zal gaan.

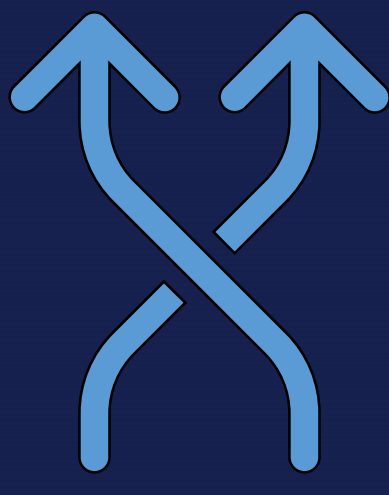
In deze nota heeft het Algemeen bestuur een aantal belangrijke uitgangspunten voor de rechtmatigheidsverantwoording vastgelegd:

- het algemeen bestuur stemt in met een verantwoordingsgrens van 3%;
- het algemeen bestuur stemt in met het Normenkader rechtmatigheid RDOG Hollands Midden 2022;
- het algemeen bestuur stemt in met het controleplan 2022 en de elementen hierin voor de voorbereiding van de rechtmatigheidsverklaring 2022.

Uw gemeenschappelijke regeling is op dit moment met de - recent- aangestelde VIC-functionaris nadrukkelijk actief om inhoud te geven aan het uitvoeren van het controleplan. Door het uitstel van de rechtmatigheidsverantwoording naar de jaarrekening 2023 heeft Hecht de mogelijkheid nog een jaar langer "proef te draaien". Op basis van onze afgelopen ervaringen zal Hecht dit extra jaar ook nodig hebben om de noodzakelijke stappen te maken naar het aantoonbaar rechtmatig handelen. Een nadere concretisering van het controleplan 2022 is hiervoor ons inziens noodzakelijk. Uiteraard zullen wij uw organisatie hierbij graag ondersteunen. Wij zien dat de concerncontroller ons hier ook nadrukkelijk bij betreft.

U heeft dus de eerste belangrijke stappen gezet. Wij adviseren u de noodzakelijk vervolgstappen te zetten en waar nodig actualisaties in 2022 door te voeren op reeds genomen besluiten. In dit kader hebben wij eerder de volgende elementen benoemd: besluitvorming algemeen bestuur (verantwoordingsgrens, rapporteringsgrens, tolerantie en normenkader) voorbereiden; uitwerking rechtmatigheidscriteria, in kaart brengen relevante wet- en regelgeving, uitvoeren risicoanalyse (wat kan er misgaan en wat is de impact hiervan), relevante beheersmaatregelen identificeren en het bepalen van gegevensgerichte detailcontroles (afdekken restrictico), nadere aandacht voor de rol van IT in uw beheersomgeving en opstellen van werkprogramma's en eindrapportages waar nodig.

5. Overige aangelegenheden



5. Overige aangelegenheden

Geen meningsverschil met het dagelijks bestuur

Er zijn geen meningsverschillen met het dagelijks geweest en er waren geen beperkingen bij de uitvoering van onze controle. Naar onze mening is ons bij de uitvoering van onze controleopdracht door het dagelijks bestuur van uw gemeenschappelijke regeling de volledige medewerking verleend en hebben wij de volledige toegang tot de benodigde informatie gehad.

Bevestigingen van het dagelijks bestuur ontvangen

Wij hebben namens het dagelijks bestuur een ondertekende schriftelijke bevestiging bij de jaarrekening ontvangen.

Naleving van wet- en regelgeving

Wij hebben geen kennis van te rapporteren omstandigheden in verband met het niet-naleven van wet- en regelgeving.

Betrouwbaarheid en continuïteit van de automatiseringsomgeving

Onze jaarrekeningcontrole is gericht op het geven van een oordeel omtrent de jaarrekening zelf en is niet primair gericht op het doen van uitspraken omtrent de betrouwbaarheid en de continuïteit van de geautomatiseerde gegevensverwerking als geheel of van onderdelen daarvan. Onze bevindingen daaromtrent raken dan ook slechts die onderdelen die wij onderzocht hebben in het kader van de jaarrekening, wat wil zeggen dat wij ter zake geen volledigheid pretenderen. Uit de door ons uitgevoerde werkzaamheden zijn geen bijzonderheden gebleken waarop wij u via deze rapportage willen attenderen.

Geen aanwijzingen van fraude

In Nederland is de accountant wettelijk verplicht om alle ontdekte fraudegevallen te rapporteren aan het management van de organisatie. Wij merken op dat onze controle niet specifiek is ingericht op het ontdekken van fraude. De accountant is wel verantwoordelijk voor het betrekken van frauderisico's in de planning en uitvoering van zijn controleopdracht.

Wij hebben een fraudediscussie gevoerd met het controleteam en met het financieel management en de directie van Hecht, waarbij wij de nadruk hebben gelegd op de risico's van materiële onjuistheden als gevolg van fraude in de jaarstukken. Van het management en directie hebben wij de bevestiging ontvangen dat er geen onregelmatigheden zijn geconstateerd waarbij het management of werknemers die een belangrijke rol spelen bij de maatregelen van interne beheersing of anderen in het geval dat de fraude van materieel belang kan zijn op de jaarrekening, zijn betrokken.

Bevestiging onafhankelijkheid

Tevens hebben wij zelfstandig werkzaamheden uitgevoerd die gericht waren op het risico van het 'omzeilen' van de interne beheersingsmaatregelen door het management te detecteren. Wij hebben specifieke controles uitgevoerd op memoriaalboekingen en schattingen en hebben significante en ongebruikelijke transacties met behulp van gegevensanalyses onderzocht.

Hoewel wij op grond van de controle- en overige standaarden een kritische houding moeten hebben ten opzichte van risico's van fraude in de jaarrekening, merken wij op dat onze controle niet specifiek is gericht op het ontdekken hiervan. Tijdens de uitvoering van onze controle van de jaarrekening 2020 hebben wij geen aanwijzingen verkregen dat er sprake is geweest van fraude.

Tot slot merken wij op dat het Algemeen bestuur in haar vergadering van 13 april 2022 kennis heeft genomen van de "Frauderisico-analyse Hecht 2022". Wij adviseren u het actualiseren en bespreken van de frauderisico-analyse een standaard onderdeel te maken van uw planning- en controlcyclus.

Bevestiging onafhankelijkheid

In overeenstemming met Nederlandse wet- en regelgeving, waaronder de Verordening inzake Onafhankelijkheid (ViO) van de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA), dient de externe accountant mogelijke conflicten met betrekking tot zijn onafhankelijkheid, zowel in wezen als in schijn, onder de aandacht te brengen van het dagelijks bestuur en het algemeen bestuur.

Wij bevestigen dat onze onafhankelijke positie ten opzichte van Hecht in overeenstemming met de Nederlandse wettelijke en beroepsvoorschriften is gewaarborgd. Wij zijn van mening dat onze objectiviteit gedurende het afgelopen jaar niet is aangetast.

Stelsel van waarborgen om onafhankelijke positie te waarborgen

Publieke Sector Accountants beschikt over een stelsel van maatregelen om onze onafhankelijke positie bij controlecliënten te waarborgen. Het stelsel van maatregelen is een integraal onderdeel van de bestuurlijke organisatie en van het voor de gehele organisatie van toepassing zijnde stelsel van kwaliteitsbeheersingsmaatregelen. Bijgaande niet-limitatieve opsomming geeft u een indruk van de maatregelen die bijdragen aan het waarborgen van onze onafhankelijke positie:

- Schriftelijke onafhankelijkheidsbepalingen waarin alle bestaande onafhankelijkheidsvereisten en de risico's ten aanzien van de bedreiging van de onafhankelijkheid en de daaraan gerelateerde waarborgen zijn verwerkt.
- Procedures voor tijdige bekendmaking van de voorschriften en de daarin aangebrachte wijzigingen aan alle partners en werknemers bij Publieke Sector Accountants.
- Procedures voor de organisatie van periodieke training inzake de toepassing van de onafhankelijkheidsvoorschriften.
- Procedures die erop gericht zijn dat onze gevolmachtigden en werknemers in specifieke casussen en omstandigheden de onafhankelijkheidsvoorschriften naleven.
- De benoeming van professionals op seniorniveau die verantwoordelijk zijn voor het continu actualiseren van de procedures en voorschriften, de tijdige bekendmaking ervan en het adequaat functioneren van het gehele stelsel van waarborgen.
- Procedures voor een schriftelijke rapportage per controlecliënt waarin is vastgelegd of sprake is van omstandigheden die de onafhankelijkheid van de accountant die de controleopdracht uitvoert bedreigen, op welke wijze met potentiële bedreigingen is omgegaan en indien er bedreigingen zijn gesignaleerd, welke maatregelen dan zijn genomen om deze bedreiging voor de

onafhankelijkheid weg te nemen. De vastlegging van deze beoordeling inclusief een gemotiveerde conclusie (de zogenoemde onafhankelijkheidsevaluatie) wordt in het dossier opgenomen.

- Procedures die vereisen dat een daartoe geëigende afdeling binnen Publieke Sector Accountants wordt geconsulteerd, als sprake is van een mogelijke aantasting van de onafhankelijkheid in relatie tot een specifieke cliënt. Wij zullen dan ook overwegen het algemeen bestuur of de auditcommissie te raadplegen.
- Procedures voor het interne toezicht in relatie tot de toetsing en bewaking van de naleving van de onafhankelijkheidsvoorschriften.

De opzet en werking van ons stelsel van maatregelen worden periodiek door de externe toezichthouder getoetst.

Interne roulatie

Een te grote mate van vertrouwdschap of vertrouwen kan een bedreiging vormen voor de onafhankelijkheid van de accountant wanneer bepaalde leden van het controleteam geregeld en voor lange tijd aan de wettelijke controle van een controlecliënt meewerken.

Wij beoordelen de bedreiging voor de onafhankelijkheid die kan voortvloeien uit de langdurige betrokkenheid van andere leden van het controleteam bij de controleopdracht. Waar nodig nemen wij maatregelen om de bedreiging weg te nemen. Wij merken op dat er in het kader van onze controleopdracht geen sprake is geweest van een dergelijke bedreiging.

Persoonlijke, zakelijke of financiële relaties

Wij hebben een evaluatie gemaakt van persoonlijke, zakelijke en financiële relaties tussen Publieke Sector Accountants, haar partners en haar medewerkers en Hecht, die van invloed kunnen zijn op onze onafhankelijkheid. Bij deze evaluatie zijn ons geen zaken gebleken welke aan u gerapporteerd dienen te worden.

Geschenken en persoonlijke uitingen van gastvrijheid

De Nederlandse onafhankelijkheidsregels vereisen dat de eindverantwoordelijke accountant de met governance belaste organen informeert over geschenken en persoonlijke uitingen van gastvrijheid die Publieke Sector Accountants, een bestuurder of interne toezichthouder van Publieke Sector Accountants of een lid van het controleteam heeft ontvangen van of verstrekt aan Hecht of een bij Hecht betrokken persoon. Hierbij is een drempel van € 100 opgenomen in de regels. Wij zijn van mening dat de verstrekte en ontvangen geschenken en persoonlijke uitingen van gastvrijheid gepast zijn en derhalve niet tot een bedreiging voor de onafhankelijke uitvoering van de controleopdracht hebben geleid. Volledigheidshalve merken wij op dat wij geen geschenken en persoonlijke uitingen van gastvrijheid hebben verstrekt/ontvangen die een (geschatte) waarde van meer dan € 100 hebben.

Aanvullende dienstverlening

Een overzicht van de aanvullende dienstverlening hebben wij hieronder opgenomen.

Aanvullende dienstverlening	
•	Niet van toepassing

Conclusie onafhankelijkheid

De voorschriften in het kader van onafhankelijkheid zijn binnen de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (de NBA) opgenomen in de 'Verordening inzake Onafhankelijkheid (VIO)' en vormen een belangrijk onderdeel van het 'normenkader' waaraan een accountant moet voldoen. De naleving van de VIO is binnen Publieke Sector Accountants ingebed. Op basis van onze toetsing concluderen wij dat onze onafhankelijkheid als certificerend accountant bij Hecht in 2021 voldoende is gewaarborgd.

Controleverschillen

Overzicht van de controleverschillen:

Aard van de fouten en onzekerheden (x € 1.000)		Rechtmatigheid	Getrouwheid
Fouten			
Rechtmatigheidsfout is tevens getrouwheidsfout: Premie 3 ^e jaar WW als verplichting opgenomen		108	108
(Sub)totaal getrouwheidsfouten		108	108
Rechtmatigheidsfout vanuit externe regels Afwijkingen van de Europese aanbestedingsregels (max)		585	n.v.t.
Rechtmatigheidsfout vanuit interne regels		n.v.t.	n.v.t.
Totaal rechtmatigheidsfouten		693	108
Totaal fouten		693	108
Onzekerheden		n.v.t.	n.v.t.
Totaal onzekerheden		n.v.t.	n.v.t.

Disclaimer en beperking in gebruik

De fout met betrekking tot Europees aanbesteden is in hoofdstuk 3 toegelicht. De premie 3^e jaar WW betreft het volgende: Sinds 2018 reserveert u jaarlijks een bedrag ter dekking van mogelijke aanspraak door ex-medewerkers voor een uitkering in het derde jaar van een WW-uitkering. De jaarlijkse dotatie bedraagt 0,1% van het salaris en salaristoelagen van medewerkers (gelijk aan de inhouding bij de werknemers conform de CAO SGO). U beschikt niet over een voldoende onderbouwing om deze post om deze als verplichting op te nemen. Daarom nemen wij de omvang van deze post ultimo 2021 als fout op.

Wij hebben van het dagelijks bestuur een schriftelijke bevestiging bij de jaarrekening ontvangen, waarin het bestuur bevestigt dat de niet-gecorrigeerde fouten, zowel individueel als in totaal, in het kader van de jaarrekening niet materieel zijn.

Daarnaast is in de jaarrekening een groot aantal correcties doorgevoerd naar aanleiding van onze controle. Uw organisatie beschikt over een overzicht van deze correcties.

Dit verslag is alleen bestemd voor het algemeen bestuur en het dagelijks bestuur en mag niet in zijn geheel of gedeeltelijk worden verstrekt of aangehaald zonder onze schriftelijke toestemming vooraf. Er wordt geen verantwoordelijkheid aan een derde partij geaccepteerd, omdat dit verslag daar niet voor opgesteld en bedoeld is. Dientengevolge nemen wij geen enkele verplichting of plicht van zorg aan ieder ander persoon aan wie dit verslag getoond of in zijn handen komt, op ons.

De in dit verslag aan de orde gestelde onderwerpen zijn door ons geconstateerd gedurende onze controleopdracht waarvan wij van mening zijn dat zij uw aandacht behoeven. Het is geen allesomvattend verslag van alle geconstateerde zaken en in het bijzonder kunnen wij niet verantwoordelijk worden gesteld voor het rapporteren van alle bedrijfsrisico's of tekortkomingen in het systeem van interne beheersing. Elke conclusie, opinie of opmerking in dit verslag is verstrekt in de context van onze controleverklaring over de jaarrekening als geheel.

Evenzo geldt dat de opmerkingen, bevindingen en aanbevelingen met betrekking tot het systeem van interne beheersing niet gelezen dienen te worden als een afzonderlijke opinie van het systeem van interne beheersing en haar werking.



PUBLIEKE
SECTOR
ACCOUNTANTS



Aan : Dagelijks en Algemeen Bestuur Hecht
Van : Concerncontroller Hecht
Datum : 22 september 2022
Betreft : **Reactie Hecht op het Accountantsverslag 2021**

Inleiding

Deze memo bevat de reactie van Hecht op het Accountantsverslag 2021, dat de accountant heeft opgesteld naar aanleiding van de bevindingen tijdens de controle van de jaarrekening 2021 (DB-22-33b).

In het 2^e halfjaar 2022 heeft de accountant reeds een verslag van bevindingen opgesteld naar aanleiding van de interim controle 2021, die inzoomde op de interne beheersing en administratieve organisatie. De bevindingen zullen worden besproken met de Auditcommissie in bijzijn van de accountant op 3 oktober 2022.

De directie heeft geconstateerd dat we langzamerhand meer “in control” komen. De belangrijkste uitdaging is het op orde houden van de capaciteit van de betrokken teams, mede in relatie tot de extra financiële geldstromen t.g.v. de crisis-taken rond Covid, Apenpokken, Oekraïne.

Wij verwachten dat de ambitie om in 2024 alle processen en rapportages optimaal te hebben ingericht haalbaar is, maar nog een geconcentreerde inspanning vraagt, rond inkoop en financiële rapportages.

Contact met de accountant

De samenwerking met de accountant verliep goed. Er was van beide kanten een coöperatieve houding, een goede samenwerking en veel begrip bij het oplossen van issues die zich voordeden.

Belangrijkste ontwikkelingen

Kwaliteit oplevering jaarstukken en controledossier

Het opstellen en controleren van de jaarrekeningen van Hecht heeft de afgelopen jaren (te) veel tijd en energie gekost. Bij aanvang van de controle was de concept-jaarrekening nog niet gereed en waren ook niet alle onderbouwingen voor posten aanwezig.

Doordat de werkzaamheden nog niet volledig afgerond waren bij start van de controle zijn er nog veel aanpassingen gedaan op de eerste data zet. Hoewel de accountant wil benadrukken dat de controle in een goede samenwerking en met voldoende betrokkenheid van Hecht-medewerkers heeft plaatsgevonden, is dit natuurlijk niet de gewenste situatie.

Bovenstaande constatering ligt in lijn de eerder door de accountant gemaakte opmerkingen. De onderliggende analyse van toen dat er naast “externe” factoren als corona en ook personele wisselingen sprake is van onderliggend “achterstallig onderhoud” in de interne beheersing die aandacht behoeft, is nog steeds geldig.

Hecht is voornemens om hier stappen in te zetten. Daarbij ziet Hecht o.a. aandachtspunten in eigenaarschap voor posten en helderheid in de rolverdeling in het administratie- en jaarrekeningproces.

Basisvoorwaarden

Wat ging goed

- De oplevering van de jaarstukken en het controledossier is verbeterd.
- De jaarrekening voldoet aan het BBV.
- Er zijn geen geïdentificeerde materiële fouten en tekortkomingen in de jaarstukken.
- Begrotingsrechtmatigheid is adequaat toelicht in de jaarrekening.
- Er zijn geen meningsverschillen met het Dagelijks Bestuur geweest.
- Er zijn geen aanwijzingen van fraude.
- De vermogenspositie van Hecht verbeterd.
- Afwijkingen ten opzichte van de begroting zijn in 2021 beperkt t.o.v. 2020.
- Corona-meerkosten VWS zijn getrouw en rechtmatig verantwoord.
- Begrotingsrechtmatigheid is adequaat toelicht in de jaarrekening.
- Geen fouten of onzekerheden met betrekking tot de SiSa-bijlage.

Wat moet beter

- De borgen van de rechtmatigheid van de aanbestedingen.
- De tussentijdse saldi op de tussenrekeningen dient vaker gecontroleerd te worden.
- Er zijn diverse verbetermogelijkheden voor de interne beheersing.

Feitelijk zijn deze opmerkingen terug te voeren op de sterke onderbezetting van de ondersteunende functies. Er is verbetering ingezet, maar, zoals de accountant zelf ook aangeeft, het zal nog een paar jaar kosten voor het helemaal op orde is.

De directie blijft daarom de doorontwikkeling van het team Finance nauwgezet volgen. Met name het op orde houden van de capaciteit van het team Administratie en Control is een uitdaging gebleken.

Het is onze verwachting dat de vermindering van de Corona-werkzaamheden van Hecht ook zal leiden tot een lagere werkbelasting. Corona en de andere crisis-geldstromen geven een niet regulier en ongewisse werksroom.

AB HECHT

Vergadering d.d. 19 oktober 2022

AB-22-37

Onderwerp: 2e bestuursrapportage 2022 Hecht

Van: Hecht

Opgesteld : Concerncontroller

Datum: 6 oktober 2022

Korte omschrijving

De 2^e bestuursrapportage 2022 is een tussentijdse rapportage van de directie aan het Dagelijks Bestuur (DB) en het Algemeen Bestuur (AB) over de uitvoering van de taken van Hecht tot en met augustus 2022. De bestuursrapportage bevat een samenvatting en een inhoudelijke en financiële toelichting.

Financiële aspecten

Het verwachte resultaat over 2022 komt uit op € 720k negatief. Het resultaat vanuit Berap I kwam nog uit op 1M negatief.

(€ 1.000,-)	GGD 2022	ZVH 2022	GHOR 2022	RAV 2022	Prognose 2022
Salarissen en sociale lasten	38.638	14.833	1.167	24.907	77.544
Tijdelijk personeel	29.418	1.904	283	1.017	32.623
Overige personeelslasten	2.682	757	44	1.926	5.409
Subtotaal personeelslasten	68.737	17.495	1.494	27.850	115.575
Kapitaallasten	729	291	26	2.359	3.405
Huisvesting	14.538	392	49	1.060	16.039
Organisatiekosten	7.293	2.551	454	3.255	13.553
Materialen	1.202	11	2	1.240	2.454
Voorzieningen	-	-	-	-	-
Kosten meldkamer	-	-	-	277	277
Onvoorzien	-	-	-	-	-
Lasten vorig boekjaar	-	-	-	-	-
Subtotaal overige lasten	23.761	3.246	531	8.191	35.728
Lasten	92.498	20.740	2.025	36.040	151.304
Gemeenten BPI/BPK	31.813	16.778	2.271	-	50.862
Gemeenten overig	6.003	3.204	3	-	9.210
Derden	3.410	149	-	1.025	4.584
Zorgverzekeraars	-	-	-	33.335	33.335
Rijk	49.047	45	-	1.482	50.574
Baten vorig boekjaar	-	-	-	-	-
Baten	90.273	20.176	2.274	35.842	148.565
Gerealiseerde saldo van baten en lasten	-2.225	-564	249	-198	-2.738
Storting reserves	-	-	-	-	-
Onttrekking reserves	1.604	361	50	-	2.015
Gerealiseerde resultaat	-621	-203	299	-198	-723

Eerder genomen besluiten

- AB-19-07 Op 27 maart 2019 geeft het AB de RDOG Hollands Midden opdracht om samen met gemeenten een programma te maken om te werken naar een robuuste toekomstgerichte organisatie in 2024.
- AB-21-16 Op 30 juni 2021 stelt het AB de Programmabegroting 2022 vast.
- AB-22-25 Op 30 juni 2022 stelt het AB de berap I vast.

Voorgenomen besluiten	Het AB wordt gevraagd - kennis te nemen van de inhoud van de 2^e bestuursrapportage 2022 en desgewenst ter vergadering om een nadere toelichting te vragen, - de 2^e bestuursrapportage 2022 vast te stellen.
Bijlagen	AB-22-37a 2 ^e bestuursrapportage 2022

**Gemeenschappelijke regeling
Hecht / Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg
Hollands Midden**

2e bestuursrapportage 2022

1	Samenvatting.....	3
1.1	Inleiding.....	3
1.2	Financiën.....	5
2	Realisatie overzicht.....	6
2.1	Programma GGD	6
2.1.1	Jeugdgezondheidszorg (JGZ), onderdeel programma GGD	6
2.1.2	Gezondheidsbevordering en onderzoek (GBO), onderdeel programma GGD	8
2.1.3	Gezondheidsbescherming, Toezicht en GHOR (GTG), onderdeel programma GGD	9
2.1.4	Coronabestrijding, onderdeel programma GGD	10
2.2	Programma GHOR.....	11
2.3	Programma Zorg- en Veiligheidshuis (ZVH).....	12
2.4	Programma Regionale Ambulancevoorziening (RAV).....	13
3	Financieel overzicht	15
3.1	Staat van baten en lasten Hecht	15
3.2	Eigen Vermogen.....	16
3.3	Programma GGD	17
3.4	Programma ZVH	20
3.5	Programma GHOR.....	21
3.6	Programma RAV	22
4.	Risico's	23
5.	Programma Hecht24	26

1 Samenvatting

1.1 Inleiding

Dit rapport is de bestuursrapportage over de periode januari t/m augustus 2022. Ook in deze maanden zag Hecht zich nog steeds gesteld voor een constante inzet bij coronabestrijding. De afgelopen periode heeft Hecht test- en vaccinatie locaties gecombineerd, waardoor het personeel efficiënter ingezet kan worden. Ook is er een vast basisteam aangesteld dat kan worden ingezet voor de benodigde opschalingen om de aankomende najaarscampagne en de werkzaamheden in 2023 goed te kunnen oppakken.

Daarnaast is begin maart 2022 Hecht betrokken bij de opvang van Oekraïense vluchtelingen. Via het crisisteam Oekraïne leveren we JGZ (intake, consulten, Rijksvaccinatieprogramma), PSH (in principe alleen coördinatie), advies en consultatie omtrent technische hygiëne. Dit betreft reguliere dienstverlening van Hecht. Daarnaast heeft Hecht vanuit de vangnetfunctie, sinds half maart dagelijks triage geleverd.

Begin juli 2022 kwam bovendien de vraag vanuit het Rijk om COA – asielzoekers op te vangen. Hecht heeft de afgelopen periode vanuit de Veiligheidsregio ondersteund door het leveren van de dagelijkse triage op het gebied van zorg. Hoewel dit een taak van het COA is, heeft Hecht geconstateerd dat het huidige aanbod van de GZA (een praktijklijn) niet voldoende is om basiszorg te kunnen leveren. Derhalve heeft Hecht de vangnetfunctie die al in gebruik was bij de Oekraïense vluchtelingen verlengd naar de COA – asielzoekers.

Vanuit de RVE JGZ is kritisch gekeken naar het aantal contactmomenten. Door professionals bewust te maken van klantgericht werken en kritisch te kijken naar de behoeften van het gezin, wordt bijv. het 8-weken contactmoment flexibel ingezet. In het 2e kwartaal 2022 is een daling van 35% te zien bij het standaard afspreken van het 8 weken cm t.o.v. 2021. De verwachting is dat de trend, om in overleg een volgende afspraak te plannen, zich doorzet.

De werkzaamheden van GBO zijn over het algemeen volgens planning uitgevoerd. Het ziekteverzuim is vanaf de start van 2022 verder gezakt en is momenteel laag. Er zijn veel personeelwisselingen geweest in de eerste helft van het jaar, het is gelukt om de vacatures op te vullen. Komende tijd zal er daarom een heel aantal nieuwe medewerkers ingewerkt worden.

Buiten reguliere GGD-taken voert GBO ook een groot aantal aanvullende taken uit. Eind augustus is de tussentijdse rapportage over de eerste helft van 2022 voor de Aanvullende Diensten verstuurd naar alle 18 gemeenten.

Binnen de RAV bleef het een uitdaging om binnen de acute zorgketen de zorgvraag te verbinden met het juiste zorgaanbod, juiste plaats en juiste hulpverlener. In juli 2022 is geconcludeerd dat tijdens de pilot zorgcoördinatiecentrum veel is geleerd, maar dat het aanvankelijke doel niet is bereikt. Met de partners in de acute zorg is besloten tot een doorstart.

Daarnaast blijft het tekort aan verpleegkundigen in de acute zorg een probleem. Daarom werken we aan alternatieven.

In de periode van januari tot juli is de instroom voor Veilig Thuis 1,3 % afgenomen t.o.v. dezelfde periode vorig jaar. Het project procesoptimalisatie is gestart en de eerste fase (analyse en advies) is afgerond. Verschillende projectgroepen starten om te komen tot concrete verandervoorstellen om het proces van VT efficiënter te maken.

In 2020 startte het programma Hecht24 (toen nog onder de naam RDOG2024). Halverwege de looptijd van dit omvangrijke investeringsprogramma kunnen we constateren dat de beloofde resultaten van de projecten uit de programmalijnen Organisatieontwikkeling en Strategisch vermogen vrijwel allemaal zijn geleverd. In andere projecten uit de lijn strategisch vermogen hebben we gewerkt aan instrumenten en werkwijzen voor doelgerichte netwerksamenwerking, relatiebeheer en profilering middels employer branding. Deze ontwikkelingen zijn nu in gang gezet. De programmalijn Datagedreven werken en innovatie heeft zich, na vertrek van de programmalijntrekker, beperkt tot een aantal e-health projecten en het inrichten van de basisstructuur voor het moderne werken. Een deel van de projectresultaten uit Hecht24, zoals nieuwe werkwijzen en praktische tools zijn wel opgeleverd, maar nog niet geïmplementeerd.

Tenslotte zijn in 2021 een aantal overheidsmaatregelen aangekondigd voor 2022. Hecht heeft zich voorbereid op de implementatie van deze nieuwe taken, zoals de HPV-vaccinaties voor jongens, de prenatale thuisbezoeken bij de GGD en de investeringen in de keten rondom kinderen en gezinnen met complexe problematiek bij het ZVH.

Kortom: er komt veel op de organisatie af, van de constante inzet bij coronabestrijding tot onze meer reguliere werkzaamheden. Hecht heeft dan ook veel werk verzet de afgelopen periode. Constant aandachtspunt is daarbij altijd het sturen op het beheersen van kosten en optimaliseren van opbrengsten. Daartoe blijven we investeren in de ondersteunende afdelingen en processen.

1.2 Financiën

Onderstaand is het overzicht weergegeven van de prognose voor Hecht over 2022. Het verwachte resultaat over 2022 komt uit op € 720k negatief. Het resultaat vanuit Berap I kwam nog uit op 1M negatief. De afwijkingen zullen verder worden toegelicht bij de verschillende programma's vanaf paragraaf 3.3. De directie verwacht dit tekort voor een belangrijk deel te kunnen compenseren met kostenmaatregelen en het bijstellen van de interne werkbegroting voor Q4.

(€ 1.000,-)	GGD 2022	ZVH 2022	GHOR 2022	RAV 2022	Prognose 2022
Salarissen en sociale lasten	36.636	14.833	1.167	24.907	77.544
Tijdelijk personeel	29.418	1.904	283	1.017	32.623
Overige personeelslasten	2.682	757	44	1.926	5.409
Subtotaal personeelslasten	68.737	17.495	1.494	27.850	115.575
Kapitaallasten	729	291	26	2.359	3.405
Huisvesting	14.538	392	49	1.060	16.039
Organisatiekosten	7.293	2.551	454	3.255	13.553
Materialen	1.202	11	2	1.240	2.454
Voorzieningen	-	-	-	-	-
Kosten meldkamer	-	-	-	277	277
Onvoorzien	-	-	-	-	-
Lasten vorig boekjaar	-	-	-	-	-
Subtotaal overige lasten	23.761	3.246	531	8.191	35.728
Lasten	92.498	20.740	2.025	36.040	151.304
Gemeenten BPI/BPK	31.813	16.778	2.271	-	50.862
Gemeenten overig	6.003	3.204	3	-	9.210
Derden	3.410	149	-	1.025	4.584
Zorgverzekeraars	-	-	-	33.335	33.335
Rijk	49.047	45	-	1.482	50.574
Baten vorig boekjaar	-	-	-	-	-
Baten	90.273	20.176	2.274	35.842	148.565
Gerealiseerde saldo van baten en lasten	-2.225	-564	249	-198	-2.738
Storting reserves	-	-	-	-	-
Onttrekking reserves	1.604	361	50	-	2.015
Gerealiseerde resultaat	-621	-203	299	-198	-723

Realisatie overzicht

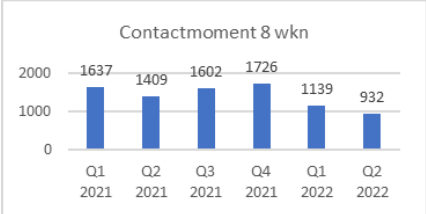
In dit hoofdstuk wordt een beknopt inhoudelijk overzicht geschetst per programma; GGD, GHOR, Zorg- en Veiligheidshuis en RAV. Binnen het programma GGD is een onderverdeling gemaakt op basis van de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE'en).

1.3 Programma GGD

Voor het programma GGD zijn de volgende RVE'en actief:

- Jeugdgezondheidszorg (**JGZ**); bewaakt, beschermt en bevordert de gezonde lichamelijke, psychische en sociale ontwikkeling van alle jeugdigen in Hollands Midden;
- Gezondheidsbevordering en Onderzoek (**GBO**); werkt aan collectieve preventie, onderzoek en ondersteuning van gemeenten;
- Gezondheidsbescherming, Toezicht en GHOR (**GTG**)¹; beperkt en/of voorkomt de verspreiding van infectieziekten, draagt o.a. bij aan een veilige omgeving voor kwetsbaren en coördineert, registreert en adviseert over de geneeskundige hulpverlening bij crisisbeheersing;
- RVE Coronabestrijding (**CB**) waarin vier taken zijn ondergebracht (te weten: callcenter, testen, bron- en contactonderzoek en vaccineren) waarmee Hecht Covid-19 monitort en bestrijdt, in opdracht van VWS.

1.3.1 Jeugdgezondheidszorg (JGZ), onderdeel programma GGD

Taak	Omschrijving opdracht en financiële impact 2022	Voortgang
Contact-momenten(cm) JGZ 0-4	Op welk moment een ouder met zijn kind het consultatiebureau bezoekt voor een contactmoment is een professionele afweging tussen ouder en arts/verpleegkundige. Als organisatie is het sturen op daling van het aantal cm à € 158.471 beperkt mogelijk. Door professionals bewust te maken van klantgericht werken en kritisch te kijken naar de behoeften van het gezin, worden de contactmomenten niet automatisch ingepland zonder na te denken. De IGJ inspecteert terecht op de vrijheid van professionals om hierin autonoom te handelen. Het 8 weken contact moment is een logisch consult om flexibel in te zetten. Dit is in beperkte situaties een noodzakelijk contact moment; Bijv. bij moeders zonder maternale kinkhoest vaccinatie, bij vroeggeboortes en verstoorde ouder-kindrelatie.	In het 2e kwartaal 2022 is een daling van 35% te zien bij het standaard afspreken van het 8 weken cm t.o.v. 2021. De verwachting is dat de trend, om in overleg een volgende afspraak te plannen, zich doorzet.  Wanneer deze trend doorzet is dit een structureel verschil van: - € 44.640,- Berekening: In 2021: 6374 cm 8 wkn. In 2022 geëxtrapoleerd 4142 cm 8 wkn. Verskil: 2232 contactmomenten; Duur cm 8 wkn.: 20 min. 2232 x 20 min. = 744 uur Tarief verpleegkundige '22: € 60,-/uur 744 x € 60,- = € 44.640,-

¹ Zie ook programma GHOR.

Gebruik kind-dossier	Verlaging portokosten met € 35.000,- door minder gebruik van postzegels en digitaal verzenden uitnodigingen en vragenlijsten vanuit Kidos.	De papieren vragenlijst voor groep 2 is gedigitaliseerd. De vragenlijst voor groep 7 is uitgesteld naar het 4e kwartaal vanwege een verplichte nieuwe release Kidos (i.v.m. BDS 4.0). Assistenten 4+ maken gebruik van 'bulkplanning' in Kidos. Alleen extra consulten worden individueel gepland. Alle nieuwkomers krijgen standaard een brief vanuit het Klanten Contact Centrum (KCC). Om brieven te vervangen door email moet in ieder geval het emailadres van de ouders bekend zijn. In 2021 is geïnventariseerd dat 10% van de dossiers geen email adres bevatte. In 2022 is het werkproces aangepast en is tijdens ieder contact gevraagd om het emailadres. Toch blijkt halverwege 2022 dat nog steeds 10% van de dossiers geen emailadres bevat. In 2022 wordt het communiceren via email doorgezet. Als gevolg van de stroom nieuwkomers en de toename van het aantal uitnodigingen voor de HPV-campagne, zullen de portokosten vooralsnog niet dalen. De verwachting is dat de besparing in de toekomst mogelijk blijkt.
Taakherschikking	Pilot training 'pluis niet pluis' voor 2 groepen verpleegkundigen.	2e groep is bezig met opleiding. In november volgt advies project.
Verzuim	JGZ kent sinds jaren een verzuim van rond de 7%, ongeveer 5% hiervan bestaat uit langdurig verzuim. Dit zijn voor de RVE ongeveer 27 medewerkers die langer dan 6 weken verzuimen. Doelen: Daling langdurig verzuim van 5% naar 4%. Totaal verzuim terugbrengen naar 5%.	Langdurig verzuim verlagen naar 4% is behaald, van 27 naar 21 medewerkers, per juli 2022. Deze 6 medewerkers vertegenwoordigden 3,89 fte. Wanneer deze trend doorzet betekent dit een structurele besparing van: € 436.925,- Berekening: 1 fte = 1872 u/jr. Tarief verpleegkundige '22: € 60,-/uur 1 fte x € 60,- = € 112.320,- 3.89 fte = € 436.925,- Echter, het totaal verzuim per maand is in juni 6,04%. Over een heel jaar bekeken heeft JGZ per 1 aug. 7,13% verzuim. Doel van 5% wordt dit jaar nog niet bereikt. Dit betekent dat er momenteel meer kortdurend verzuim is, die de langdurig verzuim reductie teniet doet. Deels als gevolg van zowel een corona- als griepiek rond maart 2022. Wanneer het kort verzuim weer afneemt zullen de personeelskosten dalen.
Formatie	Verlaging formatie secretariaat met 1 fte ten opzichte van 2020 (besparing à € 55.374).	De formatie is gedaald van 6,87 fte in jan.'21 naar 5,78 fte per juli '22. Deze 1,09 fte vertegenwoordigt een structurele besparing van: € 95.903,- ²

² Berekening: 1 fte = 1872 u/jr. Tarief secretaresse: € 47,- /uur. 1 fte x € 47,- = € 87.984. 1.09 fte = € 95.903,-

Onverwacht extra werk	Sinds 1 januari 2022 is de JGZ wettelijk verplicht om alle gezinnen te vragen of zij akkoord gaan met het delen van informatie over het rijksvaccinatieprogramma met het RIVM. Dit heet tweede fase 'Informed consent'. De werkgroep jeugd is hierover geïnformeerd in november 2021.	Jaarlijks zullen 7000 gezinnen gevraagd moeten worden of zij akkoord gaan. In 2022 zullen alle deelnemers aan het RVP van dit jaar om toestemming gevraagd moeten worden. Dit zijn er 46.000. De geraamde incidentele kosten hiervan zijn € 195.000,-. Voor de implementatie heeft JGZ HM een vergoeding toegekend gekregen van € 30.000,-. De andere kosten zijn opgevangen door de JGZ.
-----------------------	---	---

1.3.2 Gezondheidsbevordering en onderzoek (GBO), onderdeel programma GGD

De werkzaamheden van GBO zijn over het algemeen volgens planning uitgevoerd. Het ziekteverzuim is vanaf de start van 2022 verder gezakt en is momenteel laag. Er zijn veel personeelwisselingen geweest in de eerste helft van het jaar, het is gelukt om de vacatures op te vullen. Komende tijd zal er daarom een heel aantal nieuwe medewerkers ingewerkt worden.

Buiten reguliere GGD-taken voert GBO ook een groot aantal aanvullende taken uit. Eind augustus is de tussentijdse rapportage over de eerste helft van 2022 voor de Aanvullende Diensten verstuurd naar alle 18 gemeenten.

Taak	Omschrijving opdracht en financiële impact 2022	Voortgang
Gezondheidsbevordering	De werkzaamheden gezondheidsbevordering lopen over het algemeen goed. Er kunnen na twee jaar Corona weer veel taken op de scholen zelf worden uitgevoerd.	Er heeft in het voorjaar een intensieve werving plaatsgevonden voor het inzetten van trajecten op scholen. We zien veel vraag vanuit scholen naar trajecten op het gebied van gezondheidsbevordering. Bij de inzet en ontwikkeling van deze trajecten wordt extra aandacht gegeven aan het thema welbevinden. Daarnaast zijn er gesprekken gevoerd met een aantal gemeenten over de dienst verslavingspreventie.
Groepsgerichte monitoring	Er worden in 2022 en 2023 verschillende extra gezondheidsmonitors uitgevoerd als onderdeel van de monitoring van de effecten van de coronacrisis (Gor propositie, gefinancierd door het Rijk). De resultaten van de extra jeugdmonitor vanuit de GOR propositie zijn bekend en op www.eengezonderhollandsmidden.nl geplaatst, het project is landelijk gecoördineerd en geheel volgens planning verlopen.	In het najaar zullen er per gemeente gesprekken voor ambtenaren en ketenpartners plaatsvinden om de resultaten per gemeente te bespreken. Het project Doorontwikkeling Monitor Maatschappelijk Zorg (AD voor regio Holland Rijnland) is vertraagd door personele wisselingen bij ondersteunende functies. Doel is om door koppeling databestanden van verschillende partijen beter zicht te krijgen op de groep mensen met een (psychische) kwetsbaarheid. Er wordt onderzocht hoe het project opnieuw goed belegd kan worden.
Advisering Publieke Gezondheid	Inzet van de taak is om de adviesvragen van gemeenten goed af te handelen en om de netwerken rondom preventie en Publieke Gezondheid in de regio te versterken.	Samen met gemeenten is de inzet van de regionale samenwerking m.b.t. de gemeentepolis voor minima geëvalueerd. Conclusie was dat er preciezere afspraken nodig zijn om de ambities waar te kunnen maken. De GGD gaat deelnemen aan de (nieuw ingerichte) preventiewerkgroep in de regio Holland Rijnland. Het vervolg m.b.t. deze minimapolis wordt hier besproken met Z&Z. De samenwerking tussen de Zuid

		Hollandse GGD'en en de Provincie voor een gezonder Zuid-Holland verloopt voorspoedig. Er worden trainingen aan ambtenaren gegeven over gezondheid en leefomgeving. De Zuid-Hollandse Omgevingsvisies zijn geanalyseerd op hun inzet op gezondheid, kwetsbare wijken en klimaat. Daarnaast is er verder gekeken hoe het traject Gelijke Kansen op Gezondheid vorm kan krijgen. De bevindingen worden in oktober voorgelegd aan het AB.
CJG-dienstverlening	In de eerste helft van 2022 zijn de CJG-websites voor ouders/opvoeders in de regio Hollands Midden bijna 200.000 keer bezocht. Hierbij zien we dat het aantal bezoeken met 7% is gestegen vergeleken met de eerste helft van 2021. Jongerenwebsite Hoezitdat.info werd 45.000 keer bezocht en CJG-Prof kreeg 17.000 keer bezoek.	In regio Leiden worden er nieuwe afspraken gemaakt met de jeugdteams en het CJG. Er zijn de afgelopen tijd op verschillende onderwerpen afspraken gemaakt of deze worden op korte termijn gemaakt. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan goed contact tussen de partijen. Voor JeugdMATCH geldt dat de opdracht wordt uitgevoerd conform afspraken in afwachting op verandering rond het landelijk beleid.

1.3.3 Gezondheidsbescherming, Toezicht en GHOR (GTG), onderdeel programma GGD

GTG heeft te maken gehad met hoog ziekteverzuim. Naast langdurig verzuim leidde corona tot hogere werkdruk in een aantal teams. Het lukte niet altijd om vervanging te regelen en vacatures te vervullen.

Seksuele gezondheid

Het 2e kwartaal maakte de heropening van de spreekuren voor doelgroepen ASG op locatie weer mogelijk. Het online testen voor jongeren en msm is mogelijk. Tot op heden overstijgt de vraag het aanbod. Wij onderzoeken alternatieven om doelgroepen zo goed mogelijk te bedienen, zoals bijv E Health en samenwerking met externe partners.

AIB

Naast COVID-19 is sinds mei 2022 ook Monkeypox als meldingsplichtige ziekte A toegevoegd. In de regio Hollands Midden zijn in Q2 2 cases bevestigd en in totaal 6 cases bemonsterd. Ook zien we een verheffing in invasieve groep A streptokokken-infecties. Dit komt overeen met de landelijke cijfers. Deze casuïstiek kan arbeidsintensief zijn in verband met het voorschrijven van antibioticaprofylaxe voor contacten. Dit jaar is een werkgroep Legionella opgezet. Samenwerking met THZ en IZB draagt bij aan completere opsporing.

ABR Zorgnetwerk Holland West:

Onlangs heeft VWS besloten om de huidige subsidieperiode onder dezelfde voorwaarden te verlengen t/m december 2023. Gekozen is voor het meest optimale surveillance systeem: MUIZ.³ Inmiddels is de e-learning ABR klaar en gratis beschikbaar via het Instituut Verantwoord Medicijngebruik.

Afdeling AIB treft samen met afdeling reizigerszorg voorbereidingen om Vaccinaties op Maat binnen de GGD aan te gaan bieden. Er wordt erop aangestuurd dat de spreekuren hiervoor in het 3e kwartaal operationeel gaan zijn. Scholing voor medewerkers wordt ontwikkeld. Najaar 2022 zal vanuit het RIVM een landelijke reclamecampagne van start gaan om hieraan bekendheid te geven.

THZ

Het aantal inspecties voor tattoo en piercen is niet toegenomen, echter we zijn nog steeds bezig met het wegwerken van een achterstand vanuit de lockdown. De vraag naar hygiëne bezoeken bij crisis(nood)opvang Oekraïne is afgezwakt.

SMA

Het aantal adviezen is lager dan verwacht. Het is merkbaar dat een van de grote gemeenteopdrachtgevers - middels aanbesteding – gekozen heeft voor commerciële partij. De verwachting is dat andere gemeenten de medische beoordelingen met ingang van 2023 bij de GGD HM zullen opvragen en dat uitbreiding van taken zal

³ MUIZ: Meldpunt uitbraken infectieziekten

plaatsvinden.

TBC

Het aantal asielzoekers in de regio is toegenomen. In totaal zijn er 7 noodopvang locaties geopend, waarvan 4 in het laatste kwartaal. Er bestond veel onduidelijkheid over het beleid t.a.v. de TBC screening waardoor een inhaalslag gedaan moest worden voor ongescreenden, die normaal in Ter Apel gescreend worden. De verwachting is een toename van 200%. In het derde kwartaal komen er weer veel buitenlandse studenten, die gescreend worden op TBC. Dit geeft extra druk op de spreekuren.

FG

Continue gaat de aandacht uit naar het werven van forensisch- of basisartsen. De arbeidsvoorwaarden voor de FG zijn onder de aandacht gebracht bij de directie. De directie zal vervolgstappen nemen.

Reizigers

De spreekuren zitten overvol. Door inzet van extra formatie hopen we meer spreekuren te kunnen openen, alsmede bij ziekte/ verlof makkelijker spreekuren te vervangen. De inkomsten voor het reizigersproduct zijn hoger dan aanvankelijk begroot.

IKO

In de tweede helft van 2022 is de formatie extra verhoogd teneinde de achterstand opgelopen in het eerste half jaar door onderbezetting grotendeels in te lopen.

WMO

Voor een deel van de gemeenten wordt calamiteitentoezicht uitgevoerd. Voor Leiden e.o. wordt tevens proactief kwaliteitstoezicht WMO uitgevoerd. Dit team startte met onderbezetting. Door inzet van een tijdelijke toezichthouder en met een nieuwe collega zal de achterstand in het uitvoeren van onderzoeken zoveel mogelijk hersteld worden.

1.3.4 Coronabestrijding, onderdeel programma GGD

In de eerste acht maanden van 2022, was de dienstverlening van de RVE volledig toegespitst op het waarborgen van zorgcontinuïteit op het vlak van COVID-19. Begin april daalde het aantal test en vaccinatie afspreken, o.a. door een wijziging in het landelijk testbeleid (tabel 1). De afgelopen periode heeft de GGD test- en vaccinatie locaties gecombineerd, waardoor het personeel efficiënter ingezet kan worden. Daarnaast is er een vast basisteam aangesteld dat kan worden ingezet voor de aankomende najaarscampagne.

2022	Jan – April (Q1)	Mei – Aug (Q2)
Uitgevoerde testen	377.024	19.015
Gezette vaccinaties	380.742	58.383

Tabel 1: Het aantal gezette vaccinaties en aantal testen (Q1,Q2)

Callcenter

Het callcenter heeft zich de afgelopen periode voornamelijk beziggehouden met het inplannen van test – en vaccinatieafspraken voor verschillende doelgroepen. Aan het begin van het jaar werden bewoners van zorginstellingen ingepland voor de boostervaccinatie. Achtereenvolgend werden de niet mobiele thuiswonende ingepland voor de herhaalprik. Daarnaast is er in maart een speciale lijn geopend voor de vluchtelingenstroom uit Oekraïne.

BCO

De afgelopen periode is de focus van het bron – en contactonderzoek verandert. Voorheen lag de focus op de verspreiding en het indammen van het virus. Momenteel ligt de focus op het beperken van transmissie naar personen met kans op een ernstig verloop van COVID-19 en ondersteuning van de kwetsbaren.

Testen

Begin april verviel de confirmatietest bij de GGD na een positieve zelftest. Hierdoor daalde het aantal testafspraken en werd er op het gebied van zowel personeel als huisvesting afgeschaald. Als gevolg van de rustige periode op de teststraat kwam er ruimte vrij voor projecten. Zo werd er op de teststraat Leiden onderzoek gedaan naar een nieuwe blaastest. De resultaten hiervan worden momenteel geanalyseerd.

Vaccineren

Eind april zat het team Vaccineren volop in de herhaalprik – en boostercampagne. Daarnaast heeft het team verschillende opschalingsprincipes uitgewerkt om optimaal voorbereid te zijn op de najaarscampagne. Het team is voorbereid op een basiscapaciteit van 700.000 vaccinaties binnen drie weken. De vaccinaties zullen worden uitgevoerd op de drie hoofdlocaties in Alphen aan den Rijn, Gouda en Leiden.

- Fijnmazig vaccineren: De mobiele vaccinatieteams zijn ook in het tweede kwartaal van 2022 volop de regio ingetrokken. Het Team stond in 16 gemeentes, waarbij in totaal 25.729 prikken werden gezet in mobiele bussen en op de pop – up locaties. Momenteel is er een zomerstop voor de pop- up locaties, maar het team is voorbereid voor de start in het najaar.
- Bewoners van zorginstellingen: De afgelopen 8 maanden heeft het team meer dan 60 locaties van zorginstellingen bezocht. Hierbij werden in totaal 1.789 prikken gezet.
- Niet- mobiele thuiswonende: In totaal zijn er 2.061 vaccinaties gezet in de afgelopen 8 maanden.
- Monkey- pox: Eind juli zijn we begonnen met het testen op monkeypox in het ECC in Leiden. Begin augustus zijn we gestart met het preventief vaccineren tegen monkeypox. Hierbij worden verschillende doelgroepen onderscheiden. In onze regio zijn 404 mensen uitgenodigd voor de vaccinatie. Inmiddels is 40% van deze groep gevaccineerd.

Nieuwe maatschappelijke vraagstukken

De dienstverlening van de RVE CB, werd in de tweede helft van 2022 verruimd, als gevolg van nieuwe maatschappelijke vraagstukken.

Oekraïense vluchtelingen:

Begin maart 2022 is de GGD betrokken bij de opvang van Oekraïense vluchtelingen. Via het crisisteam Oekraïne leveren we JGZ (intake, consulten, Rijksvaccinatieprogramma), PSH (in principe alleen coördinatie), advies en consultatie omtrent technische hygiëne. Dit betreft reguliere dienstverlening van de GGD. Daarnaast heeft de GGD vanuit de vangnetfunctie, sinds half maart dagelijks triage geleverd. De triage houdt in dat er op alle locaties twee keer per week een professional aanwezig is om alle zorggerelateerde vragen op te vangen. De GGD heeft géén rol in de opvang zelf.

Naast PSH-coördinatie zijn we momenteel bezig met het aannemen van mental health professionals die uit Oekraïne komen, die ingezet kunnen worden als begeleider van Self Help + of Program Management + therapie groepen

Asielzoekers

Begin juli 2022 kwam de vraag vanuit het Rijk om COA – asielzoekers op te vangen. De GGD heeft de afgelopen periode vanuit de Veiligheidsregio ondersteund door het leveren van de dagelijkse triage op het gebied van zorg. Hoewel dit een taak van het COA is, veelal via GZA uitgevoerd, heeft de GGD vastgesteld dat het huidige aanbod van de GZA (een praktijklijn) niet voldoende is om basiszorg te kunnen leveren. Derhalve heeft de GGD de vangnetfunctie die al in gebruik was bij de Oekraïense vluchtelingen verlengd naar de COA – asielzoekers.

1.4 Programma GHOR

In het landelijk beleid worden nieuwe kaders geschetst voor de rol van de DPG. De rol van de GHOR en die van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) moeten elkaar gaan versterken. Hiernaast is er vanuit het ministerie van Justitie en Veiligheid ook nieuw beleid te verwachten over positionering van de GHOR. Voor de tussenliggende tijd wordt het “preparedness” in het kader van strategisch ontwikkeling als vertrekpunt gehanteerd. Vanaf de start van de vluchtelingencrisis is GHOR bezig met het informeren en betrekken van de ‘witte ketenpartners’ rondom de op te zetten opvanglocaties. Grote druk op de evenementenadvisering doordat evenementen weer doorgaan. De plannen worden soms laat en incompleet aangeleverd. GHOR kan daardoor niet altijd binnen de termijn reageren.

De financiële effecten van corona op het programma GHOR zijn opgenomen in de declaratie van de GGD bij het ministerie van VWS.

1.5 Programma Zorg- en Veiligheidshuis (ZVH)

Voortgang op de aandachtspunten binnen de begroting ZVH in 2022

Taak	Omschrijving opdracht en financiële impact 2022	Voortgang
Veilig Thuis	Aanpassen van het volume van de taakuitvoering aan de feitelijkheid. Aanpassen van de werkprocessen met het oog op beperking van de kosten. De opdracht is vertaald in een scenario met diverse keuzes en aanpassing van de samenwerkingsafspraken met de lokale teams. Middels het Formatiekostenmodel wat in 2019 is opgeleverd wordt de financiële impact van Veilig Thuis doorberekend in 2021 en 2022. De begroting Veilig Thuis blijft gelijk voor 2022. Daarbij wordt uitgegaan van een toename van 5% van de instroom en een verhoging van de efficiëntie van 5%.	Wat we constateren is dat de uitgangspunten in het gehanteerde Formatie-KostenModel bij Veilig Thuis niet overeenkomen met de praktijk: er blijkt meer tijd nodig te zijn voor de inzet van specifieke diensten dan waarmee gerekend is in het model. We zien dat de volgende elementen daarbij een rol spelen: • Er wordt een groter beroep gedaan op de nieuwe dienst monitoring door de ketenpartners dan gedacht • Arbeidsmarktproblematiek zowel op aantrekken als behouden van medewerkers zorgt voor een gemiddeld lagere inzet per medewerker • De doorstroom in de keten is beperkt waardoor Veilig Thuis langer zaken bij zich moet houden Daarnaast is de werkvoorraad uit 2021 in 2022 opgepakt en verwerkt door het inzetten van extra (flexibele) inhuurkrachten. Hierdoor wordt de beoogde 5% efficiëntie die in de begroting was opgenomen niet gehaald en zijn de uitgaven toegenomen. In de periode van januari tot juli is de instroom 1,3 % afgenomen t.o.v. dezelfde periode vorig jaar. Het project procesoptimalisatie is gestart en de eerste fase (analyse en advies) is afgerond. Verschillende projectgroepen starten om te komen tot concrete verandervoorstellen om het proces van VT efficiënter te maken. Op basis van het advies is besloten om landelijke gemiddelde normen te hanteren bij de bepaling van benodigde uren voor de diensten/activiteiten van VT. Deze worden in het formatie kostenmodel (FKM) verwerkt om te bepalen wat de impact is voor de reeds opgeleverde conceptbegroting 2023

	In de programmabegroting 2022 staat een discrepantie mbt de financiering van Veilig Thuis. In maart 2021 heeft afstemming plaatsgevonden tussen het ZVH en de gemeenten Gouda en Leiden over de hoogte van de DUVO-bijdrage voor 2022. Er is toen gesproken over een bijdrage van totaal € 1.933.190 die is opgenomen in de programmabegroting 2022. In de subsidieaanvraag vanuit het ZVH aan de gemeenten Leiden en Gouda is echter per abuis hetzelfde bedrag opgenomen als voor 2020 ad € 1.247.438. Hierdoor is er nu een verschil ontstaan van € 685.752 tussen de begroting van Veilig Thuis 2022 en de aangevraagde financiering voor 2022. In het kader van een werkvoorraad die was ontstaan bij Veilig Thuis is er door BMC sinds november 2021 extra inzet geleverd om de meldingen af te handelen. Deze inzet zou in principe worden afgerond in juni 2022.	Met gemeenten Gouda en Leiden is gesproken hoe het verschil in besproken en uiteindelijke toegekende DUVO gelden op te lossen opdat het bedrag niet middels de BPI verrekend hoeft te worden. Vanuit deze gemeenten (Gouda en Leiden) zal een voorstel komen. De extra inzet van BMC was langer noodzakelijk en zal worden afgerond in augustus. Daarmee wordt de inzet van BMC teruggebracht tot de reguliere flexibele inzet die wordt geleverd, aanvullend op vaste medewerkers VT.
Meldpunt Zorg en Overlast	De financiering voor de Meldpunt-taken is per 2022 volledig verdisconteerd in de BPI.	Door een aantal gemeenten is met inzet van ZonMW-subsidies een beroep gedaan op de expertise van meldpuntmedewerkers voor de inzet van WijkGGD. Dit wordt door deze gemeenten additioneel gefinancierd en de reguliere taken van deze medewerkers worden vervangen.

1.6 Programma Regionale Ambulancevoorziening (RAV)

Ontwikkelingen

Wetgevingskader en ontwikkelingen

De RVE RAV is verantwoordelijk voor de ambulancezorg in de Veiligheidsregio Hollands Midden.

Het programma omvat ambulancezorg- en meldkameractiviteiten.

Speerpunten uit het jaarplan 2022 zijn:

- Goede zorg;
- Voldoende medewerkers;
- Deskundige medewerkers.

Verhoogde zorgvraag en werkdruk

Het hoger dan gebruikelijke arbeidsverzuim van het eerste half jaar van 2022 (tegen de 10 %) heeft de gestelde doelen onder druk gezet. Sinds augustus lijkt het arbeidsverzuim zich richting herstel te bewegen. Veel van het arbeidsverzuim is COVID-gerelateerd.

Het lukt dankzij de extra inzet van eigen medewerkers en uitzendkrachten om de paraatheid grotendeels te leveren die is afgesproken. (-/- 0,7% per 1-7-'22) Verwacht wordt dat dit grotendeels ingelopen wordt in het tweede half jaar.

Resultaten

In het eerste half jaar van 2022 was bij 95% van de spoedzorg (A1) de ambulance binnen 16:45 minuten ter plaatse. (2021 gemiddeld 16:25)

De balans tussen vraag en aanbod blijft verstoord. Een van de oorzaken is het stijgende ritaanbod. In het eerste half jaar van 2022 steeg het ritaanbod met gemiddeld 5,8%. De spoedzorgaanvragen (A1, A2) stegen met 8,7%. Het planbaar vervoer nam met 4,6% af. De responstijden van de RAV blijven hierdoor extra onder druk staan. Oorzaken zijn divers. Er lijkt deels sprake van een autonome groei, waarin de vergrijzing een belangrijke factor is.

De forse groei wordt landelijk gezien. Er zijn regionaal grote verschillen. Ambulancezorg Nederland maakt een analyse.

Zorgdifferentiatie voor zorg op maat

Door de zorg die geboden wordt meer te differentiëren, wordt op diverse vlakken winst beoogd:

- De patiënt kan met zorg op maat nog beter worden bediend.
- Voor medewerkers van de ambulancedienst ontstaan meer ontwikkelmogelijkheden.

De Physician Assistant en de Verpleegkundig Specialist in de ambulancezorg (PAA/VSA), nieuw bij de RAV sinds februari 2021, hebben bredere zelfstandige bevoegdheden. Deze aanvullend opgeleide ambulanceverpleegkundigen treden met name op tussen ambulance- en huisartsenzorg. Geleidelijk wordt de groep uitgebreid in aantal, inzettijden en inzetgebied.

Zorgcoördinatie

De uitdaging binnen de acute zorgketen is, om de zorgvraag te verbinden met het juiste zorgaanbod, juiste plaats en juiste hulpverlener. Alleen hierdoor kunnen we de alsmaar groeiende zorgvraag blijven beantwoorden. In juli 2021 is de pilot zorgcoördinatiecentrum (ZCC) gestart. In juli 2022 is geconcludeerd dat veel is geleerd, ondanks dat het aanvankelijke doel niet is bereikt. Met de partners in de acute zorg is besloten tot een doorstart. Dit wordt onder leiding van Huisartsenpost 'de Limes' vormgegeven.

Externe audits

De RAVHM is begin 2022 opnieuw gecertificeerd op basis van de NEN 7510 norm. In mei is een opvolgingsaudit van het kwaliteitsmanagementsysteem volgens HKZ met goed resultaat doorlopen. Verbeterpunten zijn opgepakt.

Risico's

Tekort aan verpleegkundigen

Het tekort aan verpleegkundigen in de acute zorg blijft een probleem. Daarom werken we aan alternatieven. Met de midden-complexe ambulancezorgmedewerkers verbreden we mogelijkheden om in te stromen binnen de ambulancezorg. Deze groep is verder uitgebreid.

Vanaf mei 2022 zijn de eerste twee ambulancechauffeurs inzetbaar als Medisch Hulpverlener. Daarnaast is vanaf 1 augustus een extern opgeleide Medisch Hulpverlener begonnen binnen onze dienst. Hiermee ontstaat een potentiële nieuwe instroom aan ambulancezorgprofessionals.

3 Financieel overzicht

3.1 Staat van baten en lasten Hecht

Hieronder staat het overzicht van de baten en lasten van Hecht. Het resultaat van Hecht is gelijk aan het totaal van de programma's GGD, ZVH, GHOR en RAV.

De kolom Budget 2022 bevat de begrotingscijfers van de begroting 2022 die op 30 juni 2021 door het Algemeen Bestuur is vastgesteld.

Vervolgens is de Realisatie 2022 vermeld; dit is de ingeschatte realisatie voor 2022. In de kolom 'Saldo' staan de afwijkingen tussen Realisatie 2022 en de begroting 2022.

De prognose is opgesteld waarbij rekening is gehouden met de te verrekenen coronakosten bij het Rijk. Om hier inzicht in te geven wordt verwezen naar paragraaf 3.3 voor de verwachte financiële coronaeffecten als opgenomen in het programma GGD. Hierbij is aangesloten bij de definitie vanuit het Rijk in wat als meerkosten verrekend mogen worden.

Pas bij de vergadering van het AB op 19 oktober 2022 wordt het besluit omtrent de mutatie in de reserves genomen. De toelichting bij de cijfers is opgenomen vanaf paragraaf 3.3 bij de toelichting per programma.

(€ 1.000,-)	Realisatie 2021 inc. Overhead	Begroting 2022	Prognose realisatie 2022	Saldo
Salarissen en sociale lasten	73.232	73.697	77.544	-3.846
Tijdelijk personeel	52.949	2.920	32.623	-29.702
Overige personeelslasten	5.710	3.584	5.409	-1.825
Subtotaal personeelslasten	131.891	80.201	115.575	-35.374
Kapitaallasten	3.508	3.745	3.405	339
Huisvesting	17.738	3.174	16.039	-12.865
Organisatiekosten	13.945	9.664	13.553	-3.889
Materialen	4.241	1.987	2.454	-467
Voorzieningen	0	0	0	-
Kosten meldkamer	458	336	277	59
Onvoorzien	0	19	0	19
Lasten vorig boekjaar	718	0	0	-
Subtotaal overige lasten	40.608	18.924	35.728	-16.804
Lasten	172.499	99.125	151.304	-52.178
Gemeenten BPI/BPK	49.312	50.862	50.862	-0
Gemeenten overig	9.613	8.007	9.210	1.203
Derden	6.977	4.259	4.584	325
Zorgverzekeraars	31.983	31.905	33.335	1.430
Rijk	76.781	4.391	50.574	46.183
Baten vorig boekjaar	40	0	0	-
Baten	174.706	99.424	148.565	49.141
Gerealiseerde saldo van baten en lasten	2.207	299	-2.738	-3.037
Storting reserves	-487	-539	0	539
Onttrekking reserves	348	240	2.015	1.775
Gerealiseerde resultaat	2.068	0	-723	-723

3.2 Eigen Vermogen

Het resultaat over 2021 dient nog bestemd te worden op basis van het besluit van het Algemeen Bestuur op 19 oktober 2022. Hieronder is de wijze van verdeling weergegeven conform het voorgelegde besluit aan het AB.

In bovenstaand overzicht is het resultaatbestemmingsoverzicht zoals deze is aangeboden aan het AB verwerkt.

€1.000	31-12-2021	Resultaat	Subtotaal	Mutaties	1-1-2022	Ontrekking	Resultaat	31-12-2022
Algemene reserve GGD	1.808	735	2.543	-591	1.952	0	0	1.952
Algemene reserve ZVH	1.042	578	1.620	-475	1.145	0	0	1.145
Algemene reserve GHOR	94	235	329	-235	94	0	0	94
Reserve aanvaardbare kosten RAV	2.008	520	2.528	0	2.528	0	0	2.528
Algemene reserve	4.952	2.068	7.020	-1.301	5.719	0	0	5.719
Reserve verplichtingen voormalig personeel	1.159	0	1.159	0	1.159	601	0	558
Reserve markttaken GGD	0	0	0	0	0	0	0	0
Reserve ERP	29	0	29	-29	0	0	0	0
Reserve frictiekosten Corona	0	0	0	0	0	0	0	0
Reserve programma RDOG 2024	920	0	920	620	1540	800	0	740
Reserve onderhoud huisvesting	783	0	783	0	783	564	0	219
Reserve project OvDG	101	0	101	0	101	50	0	51
Bestemmingsreserves	2.992	0	2.992	591	3.583	2.015	0	1.568
Onverdeeld resultaat GGD	735	-735	0	0	0	0	-2.225	-2.225
Onverdeeld resultaat ZVH	578	-578	0	0	0	0	-564	-564
Onverdeeld resultaat GHOR	235	-235	0	0	0	0	249	249
Onverdeeld resultaat RAV	520	-520	0	0	0	0	-198	-198
Onverdeeld resultaat	2.068	-2.068	0	0	0	0	-2.738	-2.738
Eigen vermogen	10.012	0	10.012	-710	9.302	2.015	-2.738	4.548
GGD	5.434	0	5.434	0	5.434	1.965	-2.225	1.244
ZVH	1.620	0	1.620	-475	1.145	0	-564	581
GHOR	430	0	430	-235	195	50	249	394
RAV	2.528	0	2.528	0	2.528	0	-198	2.330
Eigen vermogen	10.012	0	10.012	-710	9.302	2.015	-2.738	4.548



3.3 Programma GGD

Onderstaand cijferoverzicht bevat de baten en lasten van het programma GGD inclusief overhead.

(€ 1.000,-)	Realisatie 2021 inc. Overhead	Begroting 2022	Prognose realisatie 2022 (excl. Corona)	Prognose realisatie 2022	Saldo (excl. Corona)	Saldo (incl. Corona)
Salarissen en sociale lasten	35.520	32.325	32.984	36.636	-658	-4.311
Tijdelijk personeel	49.486	1.037	1.985	29.418	-948	-28.382
Overige personeelslasten	3.525	1.409	1.562	2.682	-153	-1.273
Subtotaal personeelslasten	88.531	34.772	36.530	68.737	-1.759	-33.965
Kapitaallasten	667	676	729	729	-53	-53
Huisvesting	16.334	1.468	1.908	14.538	-440	-13.070
Organisatiekosten	8.934	4.446	5.816	7.293	-1.369	-2.846
Materialen	3.009	757	715	1.202	42	-445
Voorzieningen					-	-
Kosten meldkamer					-	-
Onvoorzien					-	-
Lasten vorig boekjaar	701				-	-
Subtotaal overige lasten	29.645	7.347	9.167	23.761	-1.820	-16.414
Lasten	118.176	42.119	45.698	92.498	-3.579	-50.379
Gemeenten BPI/BPK	31.427	31.813	31.813	31.813	-	-
Gemeenten overig	6.111	4.954	6.003	6.003	1.049	1.049
Derden	5.916	3.017	3.238	3.410	221	393
Zorgverzekeraars					-	-
Rijk	75.496	2.595	2.419	49.047	-176	46.452
Baten vorig boekjaar	5				-	-
Baten	118.955	42.378	42.212	90.273	1.095	47.895
Gerealiseerde saldo van baten en lasten	779	259	-3.486	-2.225	-2.484	-2.484
Storting reserves	-325	-392			392	392
Onttrekking reserves	281	133	1.604	1.604	1.471	1.471
Gerealiseerde resultaat	735	0	-1.882	-621	-621	-621

Toelichting cijfers programma GGD

Het geraamde tekort voor het programma GGD komt voor 2022 uit op € 2.484k negatief. Na verrekening met reserves resteert een tekort van € 621k.

De kosten voor corona worden hier apart getoond omdat, gezien het onzekere karakter van de omvang van de corona inzet, de kosten en opbrengsten niet in de begroting zijn meegenomen. Bij een duiding van de cijfers

wordt uitgegaan van de realisatie excl. corona om een goede vergelijking mogelijk te maken met de begroting. Voor Corona zijn er in de begroting geen lasten en baten geraamd gezien de onzekerheid rondom de uit te voeren activiteiten. Voor de prognose van de corona exploitatie wordt hieronder nog een aparte toelichting gegeven.

Salarissen en sociale lasten

De salarislasteren komen met name hoger uit als gevolg van een hoger ziekteverzuim bij de RVE JGZ dan was geraamd, door extra inzet van het huidige personeel om de gaten in roosters op te vullen. Tevens blijkt het rekenmodel aan de hand waarvan capaciteit wordt bepaald voor de inzet van contactmomenten, niet meer goed werkbaar. Daarom wordt er momenteel aan een herijking van het rekenmodel gewerkt. Dit gaat met name over de tijdsduur voor verschillende functies die nodig zijn bij een contactmoment. Hierdoor is er sprake van een hogere bezetting dan de toegekende formatie, maar onduidelijk blijft nog welk gedeelte hiervan toe te rekenen is aan hoger ziekteverzuim en welk gedeelte van de overformatie gerelateerd is aan niet goed ingeschatte normeringen van tijdsinzet per kind.

Tijdelijk personeel

Als gevolg van openstaande vacatureruimte is - in verband met het belang van de continuïteit van de werkzaamheden - extra inhuur ingezet. Het blijkt op dit moment steeds moeilijker om de juiste personen snel op de arbeidsmarkt te vinden. In de tussentijd wordt dan toch voor inhuur gekozen, waarbij deze inhuur door de krapte ook weer duurder wordt. Zo is er extra menskracht ingezet voor het opstellen van de jaarrekening 2021, inzet salarisadministratie en voor systeembeheer. Tevens was het noodzakelijk op korte termijn extra HRM beleidscapaciteit aan te trekken in verband met het vertrek van een tweetal medewerkers. Daarnaast is er extra ingehuurd ten behoeve van de flexpool binnen JGZ als gevolg van het hogere ziekteverzuim. Tevens is extra inzet ingehuurd voor control taken door vertrek van een medewerker gezien de krapte op de arbeidsmarkt.

Overige personeelslasten

De overige personeelslasten komen hoger uit door meerkosten voor werving en selectie van nieuwe medewerkers, alsmede hogere arbokosten voor verzuimbegeleiding. Ook wordt er meer ingezet op scholing van met name ICT medewerkers, terwijl de scholing bij de primaire taken juist wat achterblijft. Door de huidige werkdruk blijft er te weinig tijd over voor scholing.

Kapitaallasten

De kapitaallasten nemen toe door de verwachte hogere investeringen bij ICT. Vooral door uitstel van investeringen in het verleden nemen de kapitaallasten toe als gevolg van een inhaalslag. Ook door verbouwingen op de nieuw te openen locatie in Alpen aan de Rijn komen de kosten voor meubilair hoger uit dan geraamd.

Huisvesting

De huisvestingskosten nemen onder meer toe door hogere energieprijzen, stijging van de afvalkosten en hogere belastingen. Tevens worden meer huurkosten bij Hecht in rekening gebracht dan is begroot bij Hecht voor de CJG locaties. Deze kosten worden ook weer doorbelast aan de betreffende gemeenten.

Organisatiekosten

De organisatiekosten nemen vooral toe door hogere inzet van advisering voor ICT (€ 140k). Zo is een 24/7 contract afgesloten met Axians, extra kosten voor het maken van een back up van de Office365-omgeving, hogere licentiekosten (€ 100k), en hogere kosten voor verbindingsmiddelen (€ 90k).

Daarnaast zijn er hogere kosten voor huisvesting (€ 564k) in verband met de renovatie van het pand aan de Parmentierweg. Hiervoor is ook een extra onttrekking geraamd ten laste van de bestemmingsreserve huisvesting.

Bijdrage gemeente overig

De bijdrage neemt toe door hogere inkomsten vanuit CJG huisvesting waarvan de kosten worden doorbelast aan de gemeenten. De begroting is nog niet aangepast op de huidige situatie. Tevens is er sprake van aanvullende dienstverlening vanuit subsidies, zoals preventieve logopedie waar nog geen rekening mee was gehouden bij het opstellen van de begroting. Ten opzichte van de jaarrekening 2021 wordt juist verwacht minder omzet te behalen, met name omdat er in 2021 sprake was van een inhaalcampagne voor de HPV waarvoor extra middelen beschikbaar waren.

Bijdrage Rijk

De bijdrage vanuit het Rijk neemt toe door de extra bijdrage ten behoeve van de geneeskundige ondersteuning van Oekraïense vluchtelingen. Daartegenover staat een lagere opbrengst dan begroot voor bijdrage RVP vanuit het Rijk.

Onttrekking reserve

Er is een hogere onttrekking aan de reserve geraamd dan begroot als gevolg van doorgeschoven kosten vanuit 2020 en 2021 naar 2022 voor programma Hecht. Dit onder voorbehoud van besluitvorming door het Algemeen Bestuur ten aanzien van de resultaatbestemming. Tevens neemt de bijdrage toe vanuit een extra onttrekking voor huisvesting in verband met de aanstaande renovatie van het pand aan de Parmentierweg.

Raming kosten en opbrengsten Corona

In 2021 waren de uitgaven ongeveer € 74 miljoen. De huidige inschatting voor 2022 is € 48 miljoen en daarmee ongeveer 1/3 lager dan de realisatie in 2021.

Dit is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- BCO (bron en contact onderzoek)-capaciteit conform richtlijnen voor zover gecommuniceerd aan GGD-en vanuit VWS, waarbij het mogelijk moet zijn om binnen 3 weken op te schalen naar de maximale capaciteit (als piek 2021), ook rekening gehouden met het feit dat de landelijke BCO-schil is komen te vervallen. De BCO-capaciteit is gerelateerd aan een minimumnorm om op te kunnen schalen naar maximumcapaciteit indien de omstandigheden daar aanleiding toe geven.
- Evenals bij de BCO-capaciteit wordt rekening gehouden met een minimumbezetting welke nodig wordt geacht om over te kunnen schakelen naar een maximumcapaciteit, zodra de omstandigheden daar aanleiding toe geven.
- In de financiële prognose is derhalve bij BCO en Testen uitgegaan van een minimumcapaciteit voor de maanden mei t/m augustus. Voor de periode erna is een inschatting gedaan op basis van een verwachte opschaling per september voor de rest van het jaar. Deze opschaling is met veel onzekerheden omgeven en gedaan op de nu beschikbare kennis.
- Vaccineren: Inschatting is iets nauwkeuriger, omdat de opschalingstijd iets langer is (6 weken). Daarnaast loopt de vaccinatie voor kwetsbare groepen door en is nu al bekend dat er nog 2 vaccinatierondes beschikbaar komen voor iedereen van 5 jaar en ouder.
- Verder is in de prognose rekening gehouden met de aanwezigheid van een drietal hoofdlocaties voor Testen en Vaccineren: Alphen, Leiden en Gouda. Indien er wordt opgeschaald, zijn additionele kosten te verwachten die nu nog niet meegenomen zijn in de prognose.



3.4 Programma ZVH

Onderstaand cijferoverzicht bevat de baten en lasten van het programma ZVH inclusief overhead.

(€ 1.000,-)	Realisatie 2021 inc. Overhead	Prog. Begroting 2022	Prognose realisatie 2022	Saldo
Salarissen en sociale lasten	13.596	15.652	14.833	819
Tijdelijk personeel	1.991	1.030	1.904	-874
Overige personeelslasten	514	566	757	-191
Subtotaal personeelslasten	16.101	17.247	17.495	-247
Kapitaallasten	281	298	291	6
Huisvesting	413	721	392	329
Organisatiekosten	1.812	1.850	2.551	-701
Materialen	2	0	11	-11
Voorzieningen	0	0	0	-
Kosten meldkamer	0	0	0	-
Onvoorzien	0	0	0	-
Lasten vorig boekjaar	9	0	0	-
Subtotaal overige lasten	2.517	2.869	3.246	-377
Lasten	18.618	20.116	20.740	-623
Gemeenten BPI/BPK	15.661	16.778	16.778	-0
Gemeenten overig	3.502	3.050	3.204	154
Derden	128	282	149	-133
Zorgverzekeraars	0	0	0	-
Rijk	0	86	45	-41
Baten vorig boekjaar	0	0	0	-
Baten	19.291	20.197	20.176	-21
Gerealiseerde saldo van baten en lasten	673	80	-564	-644
Storting reserves	-162	-147	0	147
Onttrekking reserves	67	67	361	294
Gerealiseerde resultaat	578	0	-203	-203

Toelichting cijfers ZVH

Totale uitvoerende kosten voor het Zorg- en Veiligheidshuis nemen toe met € 203k ten opzichte van het afgesproken budget.

Dit kan worden toegerekend aan onder meer een inhaalslag die door het bureau BMC wordt uitgevoerd. Het gaat hier om Onderzoekszaken waarbij de doorlooptijd langer duurt dan waar normaal mee gerekend wordt. De kosten worden voor het hele jaar hierdoor € 203k hoger aan het einde van 2022.

Er wordt vanuit gegaan dat met de huidige bezetting bij Veilig Thuis (zonder de inhaalslag) kan worden volstaan om de instroom van de meldingen en adviezen bij te kunnen houden, zonder dat er weer een achterstand ontstaat. Voor enkele openstaande vacatures vindt er invulling plaats door hogere inhuur.

Het totaal van deze negatieve varianties binnen Veilig Thuis komt in totaal neer op € 203k.

Bij de overige diensten zien we geen significante veranderingen ten aanzien van de interne begroting.



3.5 Programma GHOR

Onderstaand cijferoverzicht bevat de baten en lasten van het programma GHOR inclusief overhead.

(€ 1.000,-)	Realisatie 2021 inc. Overhead	Begroting 2022	Prognose realisatie 2022	Saldo
Salarissen en sociale lasten	1.211	1.413	1.167	246
Tijdelijk personeel	281	194	283	-89
Overige personeelslasten	66	53	44	9
Subtotaal personeelslasten	1.558	1.660	1.494	166
Kapitaallasten	32	73	26	47
Huisvesting	49	48	49	-1
Organisatiekosten	351	512	454	58
Materialen	1	2	2	-
Voorzieningen	0	0	0	-
Kosten meldkamer	0	0	0	-
Onvoorzien	0	19	0	19
Lasten vorig boekjaar	0	0	0	-
Subtotaal overige lasten	433	654	531	123
Lasten	1.991	2.314	2.025	289
Gemeenten BPI/BPK	2.224	2.271	2.271	-
Gemeenten overig	0	3	3	-
Derden	0	0	0	-
Zorgverzekeraars	0	0	0	-
Rijk	0	0	0	-
Baten vorig boekjaar	2	0	0	-
Baten	2.226	2.274	2.274	-
Gerealiseerde saldo van baten en lasten	235	-40	249	289
Storting reserves	0	0	0	-
Onttrekking reserves	0	40	50	10
Gerealiseerde resultaat	235	0	299	299

Toelichting cijfers GHOR

De kosten van de GHOR zijn - na grondige analyse - verlaagd met €299k. Deze verlaging van de kosten zitten voornamelijk in de salaris- en organisatiekosten. De inkomsten zijn niet aangepast, omdat deze grotendeels worden gefinancierd vanuit de BPI.



3.6 Programma RAV

Onderstaand cijferoverzicht bevat de baten en lasten van het programma RAV inclusief overhead.

(€ 1.000,-)	Realisatie 2021 inc. Overhead	Begroting 2022	Prognose realisatie 2022	Saldo
Salarissen en sociale lasten	22.905	24.307	24.907	-600
Tijdelijk personeel	1.191	659	1.017	-358
Overige personeelslasten	1.605	1.555	1.926	-371
Subtotaal personeelslasten	25.701	26.521	27.850	-1.329
Kapitaallasten	2.528	2.698	2.359	339
Huisvesting	942	937	1.060	-123
Organisatiekosten	2.848	2.855	3.255	-400
Materialen	1.229	1.228	1.240	-12
Voorzieningen	0	0	0	-
Kosten meldkamer	458	336	277	59
Onvoorzien	0	0	0	-
Lasten vorig boekjaar	8	0	0	-
Subtotaal overige lasten	8.013	8.054	8.191	-137
Lasten	33.714	34.575	36.040	-1.465
Gemeenten BPI/BPK	0	0	0	-
Gemeenten overig	0	0	0	-
Derden	933	960	1.025	65
Zorgverzekeraars	31.983	31.905	33.335	1.430
Rijk	1.285	1.710	1.482	-228
Baten vorig boekjaar	33	0	0	-
Baten	34.234	34.575	35.842	1.267
Gerealiseerde saldo van baten en lasten	520	0	-198	-198
Storting reserves	0	0	0	-
Onttrekking reserves	0	0	0	-
Gerealiseerde resultaat	520	0	-198	-198

Toelichting resultaat

De RAV verwacht 2022 af te sluiten met een negatief resultaat van ca. € 200k.

Het initieel budget, zoals overeengekomen met de zorgverzekeraars, bedraagt € 32.976k. Dit initiële budget is daarmee € 1.071k hoger ten opzichte van het bedrag opgenomen in de conceptbegroting. Daarnaast is in de prognose nog een vergoeding van € 359k opgenomen voor kosten PBM in het kader van COVID-19 en voor uitgaven ten behoeve van de pilot ZCC. De vergoeding vanuit VWS (95%), voor de salariskosten in het kader van de FLO-regeling, zal naar verwachting lager uitvallen. Werknemers hebben de laatste jaren de startdatum uitgesteld, waardoor de kosten van deze FLO-regeling tijdelijk een dip laten zien.

De salarissen en sociale lasten zijn hoger ten opzichte van de conceptbegroting. Dit betreft een combinatie van een fors hogere salarislust door een toegenomen formatie, om zodoende de afgesproken paraatheid te kunnen leveren, en een lagere salarislust in het kader van de FLO-regeling. Verder is het noodzakelijk gebleken om met name in het 1^e half jaar meer tijdelijk personeel in te huren, vanwege het hoge ziekteverzuim en het niet-direct inzetbaar kunnen zijn van nieuw nog ongediplomeerd personeel. De lagere kapitaallasten zijn met name het gevolg van reeds uitgestelde investeringen uit 2021 en een geringere investering in met name medische materialen en het wagenpark in 2022. Bij het wagenpark heeft de RAV te kampen met een zeer lange levertijd op ambulances. De hogere organisatiekosten zijn toe te schrijven aan de hogere kosten voor het wagenpark (o.a. brandstof +€ 127k) en de kosten voor de pilot ZCC.

4. Risico's

Risicomanagementsysteem

Een nieuwe manier van het risicomanagementsysteem (RMS) is door het Algemeen Bestuur op 8 december 2021 vastgesteld. De grootste verandering heeft betrekking op het classificeren van de risico's in een risicomatrix, waarbij er niet meer gefocust wordt op de kleine en hypothetische risico's, maar op de risico's met een realistische kans en materiële impact. Hieronder volgt een actuele inschatting van de risico's. Alle risico's zijn gebaseerd op mitigerende maatregelen. Het risicoprofiel is € 2.950k. Er zijn meerdere risico's geïdentificeerd, maar door de geringe impact in combinatie met de lage kans dat een dergelijk risico zich voordoet, zijn deze hieronder niet opgenomen. Bij de risicoanalyse en de risico voortgangsanalyse wordt wel beoordeeld of er een wijziging heeft plaatsgevonden.

		Impact				
		niet merkbaar	klein	gemiddeld	groot	desastreus
Kans	Dagelijks				7	
	wekelijks		6			
	maandelijks		1, 3, 5, 10, 12.	4, 9		
	Jaarlijks			2, 8, 11		
	> jaarlijks					

Specificatie van de risico's en beheersmaatregelen

		Belangrijkste risico's	* 1.000	Totaal €		
				2.950		
Nr.	Risico	Toelichting	Maatregelen	Kans	Impact	
	Bestuurlijk	€	250			
1	Uitkomsten RDOG 2024.	Niet alle besparingen zullen worden gerealiseerd.	Managen van de projecten en door het niet te optimistisch ramen van de kosten en opbrengsten worden mogelijke tegenvallers beperkt.	Maandelijks	Klein	
	Primaire taken	€	900			
2	Verlies aanvullende opdrachten.	Door verlies van opdrachten is er geen continuïteit op bepaalde onderdelen. Afbouw van onderdelen kost geld.	Volgen ontwikkelingen en opvangen van grootste schommelingen met flexibele schil. Afspraken over afbouw op termijn en indien noodzakelijk in rekening brengen van frictiekosten bij de betreffende gemeenten.	Jaarlijks	Gemiddeld	

3	Onjuiste registratie leidt tot omzet verlies en mogelijk imago schade.	Door onjuist gebruik van systemen of onjuiste vastlegging in de systemen is er geen volledigheid in de registratie en de ingebouwde interne controles werken onvoldoende.	Continu proces van verbetering inrichting en instructie, gericht op standaard gebruik. Interne controles moet problemen en impact zichtbaar maken en leiden tot betere controles.	Maandelijks	Klein
4	Uitgestelde zorg/ crisisinzet/ pieken in onvoorspelbaar aanbod leidt op een bepaald moment tot te grote druk.	Door gebrek aan capaciteit maar ook doordat door uitstel/ onvoorspelbaarheid van de vraag zijn de capaciteitsproblemen groter geworden.	Afspraken over aangepaste dienstverlening; intensief inwerken nieuwe collega's; inzetten op terugdringen langdurig verzuim en reïntegratie.	Maandelijks	Gemiddeld
5	Niet optimale efficiënte integrale werkprocessen in samenwerking	Door het ontbreken van deze samenwerkingsprocessen gaat een ieder op eigen integrale wijze met de casuïstiek om en kunnen bij overdracht registraties niet voldoen. Dit kan ook leiden tot inefficiënte doorstroming van de casussen.	In samenwerking met alle betrokken partijen verbeterproject initiëren. Flexibele schil die snel op en afgeschaald kan worden en hernieuwde afspraken met lokaal veld mbt overdracht van casuïstiek.	Maandelijks	Klein
Informatiemanagement € 800					
6	Digitalisering leidt tot aanpassingsproblemen bij medewerkers.	Voortdurende ontwikkeling en veranderingen van de systemen en de digitalisering van hele processen leidt tot problemen bij bepaalde medewerkers.	Opleidingen en continu ondersteuning aanpassen op deze groep medewerkers.	Wekelijks	Klein
7	Onvoldoende beveiligde systemen (Cybersecurity).	Door de bekendheid van de organisatie is er een groot risico op (bewust of onbewust) ongewenste toegang tot de systemen wat leidt tot grote extra reparatie uitgaven.	Aanbesteden netwerk en moderne digitale werkplek.	Dagelijks	Groot
8	Data lekken GGD en ICAM claim	De overheid heeft de claim ontvangen t.a.v. de schade door dataregistratie. Daarnaast is Wob-verzoek ingediend.	VWS en GGD NL werken samen om de claim af te wenden; dit gaat mogelijk geld kosten aan juristen en advocaten.	Jaarlijks	Gemiddeld
9	Instabiele ICT-infrastructuur	Instabiele ICT-infrastructuur waardoor systemen kunnen uitvallen en dataverlies op treedt.	Supportcontracten met externe leveranciers en overgang naar een moderne digitale werkplek.	Maandelijks	Gemiddeld
Financiën € 1.000					
10	Afwijkingen tussen de begroting en realisatie leidt tot grote negatieve resultaten.	Door verschillende factoren kan de realisatie afwijken wat leidt tot grote negatieve resultaten.	Deels door sturing en wendbaarheid, deels accepteren en aanhouden van een financieel buffer.	Maandelijks	Klein

			Continu zoeken naar efficiency in processen/ dienstverlening.		
11	Stijging personeelskosten hoger dan de index in de begroting.	De vaststelling van de index op de begroting van een jaar is ver voor dat jaar vastgesteld. Afwijking in de realisatie kan leiden grote structurele verliezen door verkeerde inschattingen.	Aanvullende financieringsafspraken of oplossen uit reserve.	Jaarlijks	gemiddeld
12	Vaste kosten organisatie betaald uit variabele subsidie opbrengsten	Een belangrijk deel van de vaste kosten van de organisatie (overhead) wordt bekostigd uit de opbrengsten voor aanvullende subsidies. De wettelijke taken van de GGD zijn hierdoor relatief goedkoop.	Door wegvallen van aanvullend omzet ontstaan er frictiekosten of worden door de toegenomen overheadkosten de tarieven hoger voor de deelnemers.	Maandelijks	Klein
Totaal		€ 2.950			

5. Programma Hecht24

Hecht24 is naast het verstrekken van de ondersteunende functies binnen de verschillende processen ook een ontwikkelprogramma van Hecht. Het ontwikkelprogramma kent 3 programmalijnen: namelijk Datagedreven werken en innovaties, Organisatieontwikkeling en Strategisch vermogen.

Deze verstrekking en kwaliteitsverbeteringen moeten op termijn leiden tot een efficiëntere organisatie. Het doel is dan ook niet het behalen van bezuinigingen maar een neven effect van de genomen maatregelen en de kwaliteitsverbeteringen.

Resultaten

De beloofde resultaten van de projecten uit de programmalijnen Organisatieontwikkeling en Strategisch vermogen zijn vrijwel allemaal geleverd, zoals onder andere de organisatieaanpassingen die zijn doorgevoerd, de start van de leiderschapstrajecten en versterking van de corporate branding.

Na de organisatieaanpassingen in januari 2021 naar RVE'en en vervolgens in 2022 het ontstaan van de RVE'en Centraal Ondersteunende Diensten en Concernstaf & Control zien we een nieuwe dynamiek ontstaan tussen management en de directie en het management onderling. Er is meer focus en overzicht. Door het betrekken van Control en HR in de maandelijkse gesprekken is het zicht van directie en management op financiën en ontwikkelingen verbeterd.

Via de management development programma's werken we aan de verdere gewenste sturing en cultuur. Daarbij is er meer aandacht voor de ontwikkeling en het functioneren van de medewerkers en voor positief werkgeverschap.

Als resultaat zien we een grotere betrokkenheid van de medewerkers bij de beleidsontwikkeling. Daarnaast zien we meer aandacht voor lange termijnplanning en voor interactie tussen management en medewerker rondom koers en beleid. Ook het inrichten van een (vaste) interne klankbordgroep en een maandelijks themaoverleg leidt tot meer betrokkenheid en toegenomen mogelijkheden om als medewerker bij te dragen aan de beleidsontwikkeling.

In andere projecten uit de lijn strategisch vermogen hebben we gewerkt aan instrumenten en werkwijzen voor doelgerichte netwerksamenwerking, relatiebeheer en profilering middels employer branding. Deze ontwikkelingen zijn nu in gang gezet. De verwachting is dat we daar geleidelijk aan de meerwaarde van gaan merken. In de komende maanden worden metingen naar de batenrealisatie uitgevoerd. De uitkomsten daarvan willen we vertalen naar acties binnen Hecht24 (en Hecht in het algemeen).

De programmalijn Datagedreven werken en innovatie heeft zich, na vertrek van de programmalijntrekker, beperkt tot een aantal e-health projecten en het inrichten van de basisstructuur voor het moderne werken. Een nieuwe programmalijntrekker is gevonden en we staan aan de basis van een grotere verandering in de ICT-basisstructuur. Dit is een belangrijke randvoorwaarde. De benodigde investeringen voor doorontwikkeling van datagedreven werken en innovatie zijn vooruitgeschoven (naar eind 2022/2023) en daarmee ook de daaruit volgende baten.

Vertraging

Een deel van de projectresultaten uit Hecht24, zoals nieuwe werkwijzen en praktische tools zijn wel opgeleverd, maar nog niet geïmplementeerd. Oorzaken van deze vertraging zijn: wisselingen in management en medewerkers, werkdruk door o.a. coronabestrijding en de Oekraïense vluchtelingencrisis van projectleider/-leden en de aandacht die RVE-managers nodig hadden voor inrichting van de eigen RVE na de organisatieaanpassing.

Er is veel van de managers en medewerkers gevraagd en als Programma Management Team constateren we, mede op basis van gesprekken met de RVE-managers, dat er behoefte is aan focus. We willen in de komende maanden gezamenlijk als Programma Management Team, met RVE-managers, projectleiders en directie komen tot de gewenste koers hierin. Zo behouden we draagvlak voor de doelen van Hecht24.

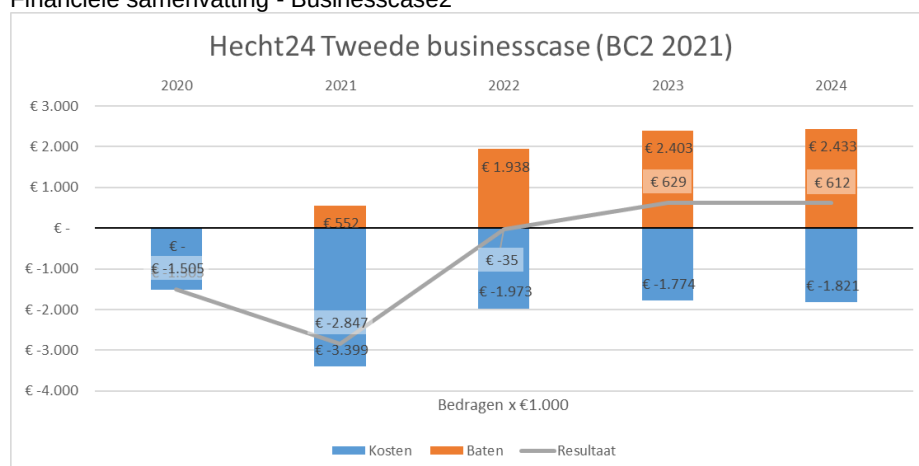
Tegelijkertijd is door de gezamenlijke interne dialoog die door het programma op gang is gebracht over bijvoorbeeld de missie, visie en kernwaarden, de strategische koers, de managementfilosofie en leiderschap een positieve ontwikkeling in gang gezet. Niet alleen op het niveau van managers, maar ook doordat een groot aantal medewerkers zich bezig houdt met Hecht24 is er een beweging ontstaan; meer bewustzijn, meer dialoog, meer inzicht en samenwerking over de disciplines heen.

Er is meer gevoel van gezamenlijkheid en besef van gemeenschappelijke doelen. We blijven met elkaar in gesprek en houden daarmee niet alleen oog voor de 'harde' opbrengsten, maar ook voor de gewenste organisatiecultuur.

Financiële verantwoording 2022

Voor deze verantwoordingsrapportage zijn alle deelprojecten van het programma Hecht24 onder de loep genomen. Na 2,5 jaar is er beter zicht op, of de beoogde begrotingen goed zijn ingeschat. Sommige projecten zijn reeds afgerond, andere moeten nog gestart worden of hebben meer middelen nodig. Ook zijn er nieuwe projecten gevormd; deze worden in eerste instantie gefinancierd vanuit de organisatieontwikkelkosten-pot die beschikbaar is bij Hecht24. De nieuwe verwachting op hoofdlijnen voor de komende jaren wordt hieronder toegelicht.

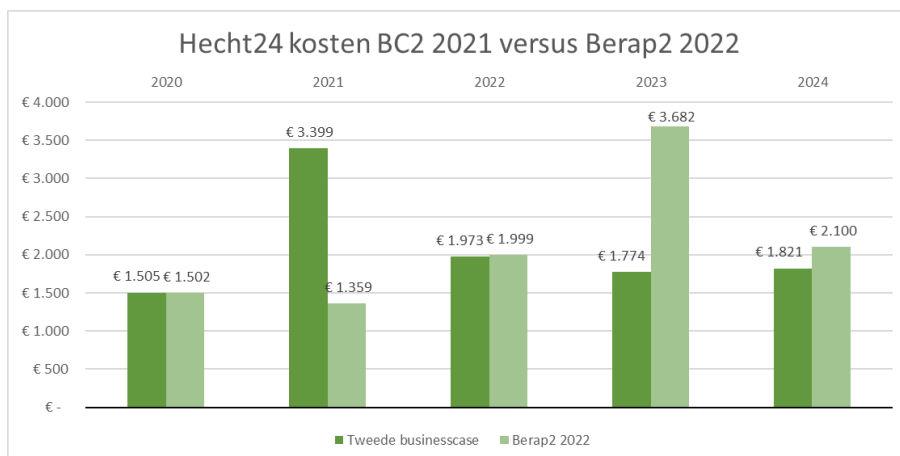
Financiële samenvatting - Businesscase2



Kosten

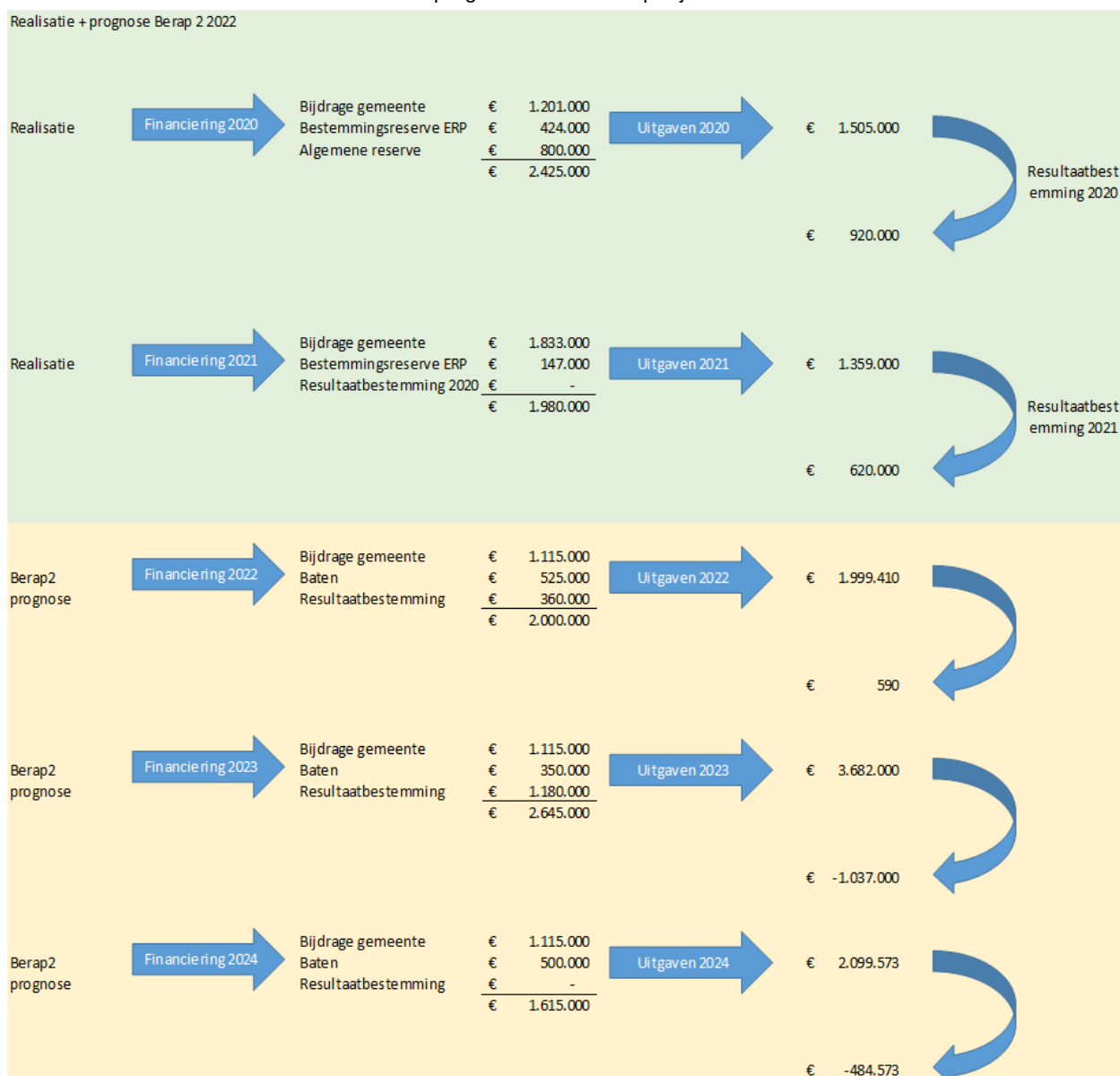
Nu we twee jaar verder zijn met het programma, zien we om eerder verklaarde redenen, dat projecten vertraging oplopen, of nog gestart moeten worden.

In onderstaand overzicht zien we de verschillen in kosten tussen de tweede business case en dit voortgangsrapport. De verwachte uitgaven 2021 – 2022 worden doorgeschoven naar 2023 i.v.m. de verschuiving van de startdatum van projecten.



- 2020 – 2021 zijn de werkelijk gemaakte kosten.

Hieronder een overzicht van de beschikbare programma middelen per jaar.



In bovenstaande tabel zijn de kosten en de baten van het programma inzichtelijk gemaakt. Hierbij wordt duidelijk

dat de financiering voor de komende jaren afhankelijk worden van de hoogte van de gerealiseerde financiële baten. Het niet realiseren van de baten en gelijktijdig wel realiseren van de programmakosten zal leiden tot een financierings tekort.

Het niet realiseren van financiële baten zal betekenen dat voorgenomen terugbetaling niet zal worden gerealiseerd.

Batenrealisatie financieel

In 2022 wordt een realisatie van de baten verwacht van in totaal € 525.000,=. Dit betreft de baten van Veilig Thuis. De overige bezuinigingen zijn voornamelijk bezuinigingen van personeel in de ondersteuning bij de uitvoerende RVE-en.

De maatregel die de grootste baten moet gaan opleveren betreft het terugdringen van het ziekteverzuim. Doordat ook de medewerkers van Hecht met (de gevolgen van) Corona zijn geconfronteerd is het streefpercentage van - 5% op dit moment niet realistisch gebleken. De inspanningen en de positieve ervaringen met de nieuwe aanpak lijken wel tot een positieve ontwikkeling te leiden ten opzichte van de landelijke gemiddelden. Deze inspanningen leiden op dit moment echter niet tot een besparing. De besparingen zoals verwacht worden tot op heden nog niet (volledig) gerealiseerd.

Daarom wordt gezocht naar andere besparingsmogelijkheden. Aangezien we het belang zien van het behalen van het terugverdienen van de investeringen zijn we naast de wel gerealiseerde financiële baten op zoek naar andere baten. Om de niet te realiseren baten als gevolg het lagere ziekte verzuim op een andere manier te kunnen realiseren. Een van deze besparingsmogelijkheden waar we in 2023 een doelstelling zetten van willen maken per RVE is de inhuur. Hoewel extra verzuim leidt tot extra inhuur, zien we mogelijkheden in het combineren van de enkele deelprojecten (extra capaciteit op recruitment, employer branding, strategische personeelsplanning en, meerjarenplanning verbeteren managementinformatie). Het voordeel is dat we tijdig de juiste (vaste) medewerker op de juiste plek hebben zonder dat we - als tijdelijke oplossing - gedwongen worden om te kiezen voor duur tijdelijk personeel. Inhuur zal noodzakelijk blijven maar dit zal voor een kortere periode zijn, uitsluitende voor noodgevallen of projecten.

Inmiddels is er een dynamisch aankoopstelsel (DAS) in gebruik genomen, deze moet er voor zorgen dat de inhuur, vanaf schaal 9, rechtstreeks bij een ZZP-er afgenomen kan worden waardoor de kosten van bureaus niet meer betaald hoeft te worden. Doel van de DAS is om rechtstreeks toegang te krijgen tot de aanbieder van de werkzaamheden en dit bovendien op een rechtmatige wijze te kunnen aanbesteden. Ook deze maatregel moet bijdragen aan een verlaging van de inhuurkosten.

Door de gestegen prijzen van de inhuur en de krapte op de arbeidsmarkt zorgen tegelijkertijd weer voor een beweging die bovenstaande doelstelling verder onder druk zetten.

Vergadering d.d. 19 oktober 2022
AB-22-38

Onderwerp: 1^e begrotingswijziging

Van: Directie

Opgesteld door: Concerncontroller

Datum: 11 oktober 2022

Korte omschrijving

Volgens artikel 2c van de 'Verordening Begrotingswijzigingen RDOG Hollands Midden 2018' vindt bij de tweede bestuursrapportage altijd een begrotingswijziging plaats.

De financiële verschillen ten opzichte van de begroting zijn ook dit jaar weer buitengewoon groot door de extra corona werkzaamheden van Hecht. Voor enkele taken worden nog inhaalwerkzaamheden als gevolg van Corona verricht alsmede extra inzet voor Corona naast de reguliere uitvoering van taken. Voor de inhoudelijke toelichting wordt verwezen naar de 2^e bestuursrapportage 2022.

Door deze technische begrotingswijziging gaat de begroting 2022 Hecht aansluiten bij de prognose voor de taakuitvoering zoals neergelegd in de tweede bestuursrapportage. Hierdoor wordt een analyse van de verschillen tussen de begroting en de jaarrekening beter mogelijk. Tevens wordt voorkomen dat er sprake is van omvangrijke verschillen in begrotingstotaal tussen begroting en jaarrekening waarvoor het Algemeen Bestuur toestemming dient te geven in verband met de rechtmatigheid van de uitgaven. In deze begrotingswijziging wordt niet meer zoals in voorgaande jaren het resultaat naar nul gebracht door het gerealiseerde saldo op te nemen als mutatie op de algemene reserve binnen de gewijzigde begroting. Hierdoor wordt de indruk voorkomen reeds vooruit te lopen op de wijze van resultaatbestemming bij vaststelling van de jaarrekening door het Algemeen Bestuur op 14 juli 2022. Dit betekent wel dat de gewijzigde begroting Hecht hierdoor een negatief saldo geeft van 723k.

De directie verwacht het tekort zoals momenteel geprognosticeerd in het laatste deel van 2022 door middel van ombuigingen en keuzes in investeringen terug te dringen naar nihil, conform de oorspronkelijke begroting

De 1^e begrotingswijziging 2022 betreft ook een onderlinge verschuiving tussen economische categorieën. Het gerealiseerde resultaat komt overeen met de prognose als vastgesteld in berap II. De bijdrage per inwoner en bijdrage per kind (BPI/BPK) wijzigt niet.

Financiële aspecten	De volgende tabel geeft een samenvatting van de uitkomst van de 1 ^e begrotingswijziging 2022 van Hecht per programma.					
	(€ 1.000,-)	GGD 2022	ZVH 2022	GHOR 2022	RAV 2022	Prognose 2022
	Salarissen en sociale lasten	36.636	14.833	1.167	24.907	77.544
	Tijdelijk personeel	29.418	1.904	283	1.017	32.623
	Overige personeelslasten	2.682	757	44	1.926	5.409
	Subtotaal personeelslasten	68.737	17.495	1.494	27.850	115.575
	Kapitaallasten	729	291	26	2.359	3.405
	Huisvesting	14.538	392	49	1.060	16.039
	Organisatiekosten	7.293	2.551	454	3.255	13.553
	Materialen	1.202	11	2	1.240	2.454
	Voorzieningen	-	-	-	-	-
	Kosten meldkamer	-	-	-	277	277
	Onvoorzien	-	-	-	-	-
	Lasten vorig boekjaar	-	-	-	-	-
	Subtotaal overige lasten	23.761	3.246	531	8.191	35.728
	Lasten	92.498	20.740	2.025	36.040	151.304
	Gemeenten BPI/BPK	31.813	16.778	2.271	-	50.862
	Gemeenten overig	6.003	3.204	3	-	9.210
	Derden	3.410	149	-	1.025	4.584
	Zorgverzekeraars	-	-	-	33.335	33.335
	Rijk	49.047	45	-	1.482	50.574
	Baten vorig boekjaar	-	-	-	-	-
	Baten	90.273	20.176	2.274	35.842	148.565
	Gerealiseerde saldo van baten en lasten	-2.225	-564	249	-198	-2.738
	Storting reserves	-	-	-	-	-
	Onttrekking reserves	1.604	361	50	-	2.015
	Gerealiseerde resultaat	-621	-203	299	-198	-723
Eerder genomen besluiten	AB-18-10 Het AB stelt de Nota reserves en voorzieningen vast. AB-18-11 Het AB stelt de Verordening Begrotingswijzigingen vast. AB-21-16 Het AB stelt de programmabegroting 2022 vast					
Voorgenomen besluiten	Het AB wordt gevraagd: - Kennis te nemen van de technische begrotingswijziging - De 1 ^e begrotingswijziging vast te stellen					
Bijlagen	AB-22-38a 1 ^e begrotingswijziging 2022					

**Gemeenschappelijke regeling
Hecht**

1^e begrotingswijziging 2022

Inhoud

Inleiding.....	3
Aanleiding.....	3
Samenvatting.....	3
Werkwijze	3
Beleidsbegroting	3
Inleiding	3
Verplichte paragrafen	3
Begrotingsuitgangspunten en parameters	3
Wijziging.....	4
Toelichting	4
Hecht.....	4
Vaststelling door het Algemeen Bestuur.....	7

Inleiding

Aanleiding

Volgens artikel 2c van de 'Verordening Begrotingswijzigingen RDOG Hollands Midden 2018' vindt bij de tweede bestuursrapportage een begrotingswijziging plaats.

Samenvatting

De financiële verschillen ten opzichte van de begroting zijn ook dit jaar weer buitengewoon groot door de extra corona werkzaamheden van Hecht. Voor enkele taken worden nog inhaalwerkzaamheden als gevolg van Corona verricht alsmede extra inzet voor Corona naast de reguliere uitvoering van taken. Voor de inhoudelijke toelichting wordt verwezen naar de 2^e bestuursrapportage 2022. Door deze technische begrotingswijziging gaat de begroting 2022 Hecht aansluiten bij de prognose voor de taakuitvoering zoals neergelegd in de tweede bestuursrapportage. Hierdoor wordt een analyse van de verschillen tussen de begroting en de jaarrekening beter mogelijk. Tevens wordt voorkomen dat er sprake is van omvangrijke verschillen in begrotingstotaal tussen begroting en jaarrekening waarvoor het Algemeen Bestuur toestemming dient te geven in verband met de rechtmatigheid van de uitgaven. In deze begrotingswijziging wordt niet meer zoals in voorgaande jaren het resultaat naar nul gebracht door het gerealiseerde saldo op te nemen als mutatie op de algemene reserve binnen de gewijzigde begroting. Hierdoor wordt de indruk voorkomen reeds vooruit te lopen op de wijze van resultaatbestemming bij vaststelling van de jaarrekening door het Algemeen Bestuur op 14 juli 2022. Dit betekent wel dat de gewijzigde begroting Hecht hierdoor een negatief saldo geeft van 723k.

De 1^e begrotingswijziging 2022 betreft ook een onderlinge verschuiving tussen economische categorieën. Het gerealiseerde resultaat komt overeen met de prognose als vastgesteld in berap II. De bijdrage per inwoner en bijdrage per kind (BPI/BPK) wijzigt niet.

Werkwijze

Bij de 2^e bestuursrapportage 2022 wordt op grond van de op 28 maart 2018 door het Algemeen Bestuur vastgestelde 'Verordening Begrotingswijzigingen RDOG Hollands Midden 2018' een begrotingswijziging ingediend. De aanpassingen geschieden op basis van afwijkingen tussen de Programmabegroting 2022 en de geprognostiseerde baten en lasten, zoals die zijn opgenomen in deze 2^e bestuursrapportage 2022.

In artikel 2d van de 'Verordening Begrotingswijzigingen RDOG Hollands Midden 2018' staat dat alleen bij een begrotingswijziging waarin de BPI/BPK stijgt, wordt een zienswijze van de gemeenteraden gevraagd. Omdat de BPI/BPK niet stijgt, wordt geen zienswijze aan de gemeenteraden gevraagd.

Het Algemeen Bestuur zal worden gevraagd de 1^e begrotingswijziging 2022 op 19 oktober 2022 vast te stellen.

Beleidsbegroting

Inleiding

De aanpassingen van de programma's GGD, ZVH, GHOR en RAV volgen uit de correcties in de 1^e begrotingswijziging 2022.

Verplichte paragrafen

Algemeen

Onder de verplichte paragrafen zijn alleen die paragrafen opgenomen die van toepassing zijn voor de RDOG Hollands Midden. In de op 30 juni 2021 vastgestelde Programmabegroting 2022 is de laatste stand van zaken opgenomen, waarnaar korthedshalve wordt verwezen.

Risico's

Voor risico's wordt verwezen naar de actuele risico-inventarisatie in de Berap 2 2022.

Begrotingsuitgangspunten en parameters

Behoudens de wijziging van de raming van baten en lasten van de vier programma's en de daaraan ten grondslag liggende oorzaken, zijn de (overige) financiële begrotingsuitgangspunten en financiële parameters niet gewijzigd ten opzichte van de Programmabegroting 2022, waarnaar korthedshalve wordt verwezen.

De begrotingswijziging wordt opgesteld voor de vier programma's GGD, ZVH, GHOR en RAV, waardoor de uitkomsten van de 1^e begrotingswijziging 2022 overeenstemmen met de verwachte baten en lasten over 2022.

Wijziging

Toelichting

Met deze 1^e begrotingswijziging 2022 wordt een technische wijziging doorgevoerd. Dit betreft onderlinge verschuivingen tussen economische categorieën met als doel de begroting 2022 na 1^e wijziging te laten aansluiten bij de werkelijk verwachte lasten en baten. Het gerealiseerde resultaat (na mutatie reserves) is overeenkomstig de prognose die volgt uit de 2^e bestuursrapportage over 2022. Ook de bijdrage per inwoner en bijdrage per kind (BPI/BPK) wijzigt niet.

De begroting 2022 na 1^e wijziging wordt hierna voor Hecht en per programma weergegeven. Vervolgens is een toelichting op de reserves opgenomen.

De kolom 'Prognose 2^e berap 2022' bevat de prognose van baten en lasten in de 2^e bestuursrapportage 2022. De kolom 'Begroting 2022' geeft de Programmabegroting 2022 weer. De kolom 'Begr. wijz. I 2022' geeft de begroting 2022 na de 1^e begrotingswijziging weer.

Bedragen luiden in €k (= €1.000).

Hecht

1^e begrotingswijziging 2022

Hieronder staat de wijziging van de raming van baten en lasten van Hecht 2022.

(€ 1.000,-)	Prog. Begroting 2022	Mutatie Corona	Mutatie excl. Corona	Mutatie totaal	Begr.wijz I 2022
Salarissen en sociale lasten	73.697	3.653	193	3.846	77.544
Tijdelijk personeel	2.920	27.434	2.269	29.703	32.623
Overige personeelslasten	3.584	1.120	705	1.825	5.409
Subtotaal personeelslasten	80.201	32.207	3.168	35.374	115.575
Kapitaallasten	3.745	0	-339	-339	3.405
Huisvesting	3.174	12.630	235	12.865	16.039
Organisatiekosten	9.664	1.477	2.413	3.889	13.553
Materialen	1.987	487	-20	467	2.454
Voorzieningen	0	0	0	0	0
Kosten meldkamer	336	0	-59	-59	277
Onvoorzien	19	0	-19	-19	0
Lasten vorig boekjaar	0	0	0	0	0
Subtotaal overige lasten	18.924	14.594	2.211	16.804	35.728
Lasten	99.125	46.800	5.378	52.179	151.304
Gemeenten BPI/BPK	50.862	0	0	0	50.862
Gemeenten overig	8.007	0	1.203	1.203	9.210
Derden	4.259	172	153	325	4.584
Zorgverzekeraars	31.905	0	1.430	1.430	33.335
Rijk	4.391	46.628	-445	46.183	50.574
Baten vorig boekjaar	0	0	0	0	0
Baten	99.424	46.800	2.341	49.141	148.565
Gerealiseerde saldo van baten en lasten	299	0	-3.037	-3.037	-2.738
Storting reserves	-539	0	539	539	0
Onttrekking reserves	240	0	1.775	1.775	2.015
Gerealiseerde resultaat	0	0	-723	-723	-723

De begroting is gebaseerd op de inschatting zoals deze in de Berap 2 is opgenomen. Het bestuur stemt in toekomstige resultaat neutrale afwijkingen in het kader van de Corona of andere crisissuitgaven.

Hecht

Begroting 2022 per programma na 1e wijziging

De volgende tabel geeft een samenvatting van de uitkomst van de 1^e begrotingswijziging 2022 van Hecht.

De onderstaande tabel geeft een gedetailleerde verdeling per programma.

(€ 1.000,-)	GGD 2022	ZVH 2022	GHOR 2022	RAV 2022	Begr. Wijz I 2022
Salarissen en sociale lasten	36.636	14.833	1.167	24.907	77.544
Tijdelijk personeel	29.418	1.904	283	1.017	32.623
Overige personeelslasten	2.682	757	44	1.926	5.409
Subtotaal personeelslasten	68.737	17.495	1.494	27.850	115.575
Kapitaallasten	729	291	26	2.359	3.405
Huisvesting	14.538	392	49	1.060	16.039
Organisatiekosten	7.293	2.551	454	3.255	13.553
Materialen	1.202	11	2	1.240	2.454
Voorzieningen	-	-	-	-	-
Kosten meldkamer	-	-	-	277	277
Onvoorzien	-	-	-	-	-
Lasten vorig boekjaar	-	-	-	-	-
Subtotaal overige lasten	23.761	3.246	531	8.191	35.728
Lasten	92.498	20.740	2.025	36.040	151.304
Gemeenten BPI/BPK	31.813	16.778	2.271	-	50.862
Gemeenten overig	6.003	3.204	3	-	9.210
Derden	3.410	149	-	1.025	4.584
Zorgverzekeraars	-	-	-	33.335	33.335
Rijk	49.047	45	-	1.482	50.574
Baten vorig boekjaar	-	-	-	-	-
Baten	90.273	20.176	2.274	35.842	148.565
Gerealiseerde saldo van baten en lasten	-2.225	-564	249	-198	-2.738
Storting reserves	-	-	-	-	-
Onttrekking reserves	1.604	361	50	-	2.015
Gerealiseerde resultaat	-621	-203	299	-198	-723

Investeringsbegroting 2022

Ten opzichte van de investeringsbegroting 2022 zoals deze opgenomen is in de programmabegroting 2022 zullen naar verwachting in de realisatie van 2022 ook verschillen ontstaan, waar door ook hier opnieuw een vaststelling van de investeringsbegroting 2022 noodzakelijk is. Hieronder een opstelling van de verwachte afwijking in de investeringen ten opzichte van het in de programmabegroting opgenomen plan.

	Investeringsbegroting		
	2022 Afwijking Nieuw		
Gebouwen	€ 150	€ 680	€ 830
Vervoermiddelen	€ 690	€ -290	€ 400
Machines, apparaten, installaties	€ 731	€ -71	€ 660
Overige (ICT)	€ 866	€ -173	€ 693
Overige Totaal	€ 456	€ -191	€ 265
	€ 2.893		€ 2.848

Deze verschillen zijn met name ontstaan doordat de verbouwing van het nieuwe kantoor in Alphen a/d Rijn nog niet in de begroting stond. Door de renovatie van het kantoor in Leiden (oplevering 2023) zijn bepaalde investeringen uitgesteld voor ICT en meubilair. Er wordt niet meer geïnvesteerd in software in 2022.

Vaststelling door het Algemeen Bestuur

Het Algemeen Bestuur van Hecht, h.o.d.n. RDOG Hollands Midden,
gelet op het bepaalde in artikel 2 van de
'Verordening Begrotingswijzigingen 2018 RDOG Hollands Midden'
besluit vast te stellen de:

1^e begrotingswijziging 2022 Hecht

Aldus vastgesteld in de openbare vergadering van het Algemeen Bestuur, gehouden op 19 oktober oktober 2022.

D.A. de Haas
Voorzitter

D.A.E. Christmas
Directeur

X Kerngroep ZV

X BAC ZV

X AB Hecht

(kruis AB ook aan als dit het eindstation is)

Kerngroep ZV	Vergadering d.d.	19-09-2022
BAC ZV	Vergadering d.d.	28-09-2022
AB Hecht	Vergadering d.d.	19-10-2022

Onderwerp: aanpak mensenhandel (realisatie en financiering)

Van: gemeente Leiden

Opgesteld door: Anita van Zeijl en Beau Binkhorst

Datum: augustus 2022

Wat voor stuk ligt er voor c.	c. Kennisneming en advisering aan AB
Betreft het een wettelijke taak? JA (zo ja, welke?)	Ja, uitvoering geven aan aanpak mensenhandel door gemeenten
Korte omschrijving: <i>Aanleiding en korte weergave van feiten en context.</i>	De opvang van slachtoffers mensenhandel wordt sinds 2017 op het niveau van Hollands Midden georganiseerd. Aanpak en begroting zijn tot vorig jaar voor instemming geagendeerd in het PPG. Daarmee hebben alle gemeenten in Hollands Midden zich gecommitteerd aan deze werkwijze, waarbij kosten vooraf worden begroot en aan het eind van het jaar worden afgerekend op werkelijke kosten op basis van het aantal begeleide slachtoffers. De kosten worden sinds 2017 betaald uit regionale middelen. Daarmee worden SHOP (zorgcoördinatie en netwerkopbouw) en het Goodwillwerk Leger des Heils (begeleiding slachtoffers) gefinancierd. In 2017 en 2018 werden deze kosten begroot op iets meer dan € 105.000. De realisatie bleef in de eerste jaren echter achter bij de verwachtingen, waardoor de begroting in de jaren daarna fors naar beneden is bijgesteld. De destijds bijgestelde begroting naar € 45000, is inmiddels niet meer sluitend. Er is sprake van een toegenomen aantal slachtoffers dat is opgevangen en begeleid, waardoor de kosten voor mensenhandel sinds 2021 zijn gestegen. Dit vraagt om een nieuwe, realistische begroting vanaf 2023. Op basis van de realisaties t/m 2021 en de lichte stijging van casuïstiek in de afgelopen jaren, is de verwachting dat met het voorgestelde begrotingsbedrag van € 100.000 per jaar de aanpak de komende 3 jaar dekkend kan worden bekostigd. Let wel, omdat aan het eind van ieder jaar wordt afgerekend op realisatie moet er rekening mee gehouden worden dat de instroom uiteindelijk bepalend is voor de uiteindelijk te realiseren kosten. Per jaar kan dit hoger dan wel lager uitvallen.
Financiële aspecten <i>Zijn er financiële consequenties? Zo ja, wat zijn deze consequenties en om welke middelen gaat het? (landelijk gemeentelijk, al dan niet geoormerkt)</i>	Vanaf 2023 zullen gemeenten in hun begroting rekening moeten houden met een hoger bedrag voor de aanpak mensenhandel:

	in de begroting op te nemen v.a. 2023				
	Aanpak mensenhandel	% inwoners	begroting 2023 - 2025	reeds in BPI	
	Leiden	15,50%	€ 15.500	€ 6.975	€ 8.525
	Voorschoten	3,20%	€ 3.200	€ 1.440	€ 1.760
	Zoeterwoude	1,10%	€ 1.100	€ 495	€ 605
	Oegstgeest	3,00%	€ 3.000	€ 1.350	€ 1.650
	Leiderdorp	3,50%	€ 3.500	€ 1.575	€ 1.925
	Katwijk	8,20%	€ 8.200	€ 3.690	€ 4.510
	Noordwijk	5,30%	€ 5.300	€ 2.385	€ 2.915
	Lisse	2,90%	€ 2.900	€ 1.305	€ 1.595
	Hillegom	2,70%	€ 2.700	€ 1.215	€ 1.485
	Teylingen	4,70%	€ 4.700	€ 2.115	€ 2.585
	Alphen aan den Rijn	13,90%	€ 13.900	€ 6.255	€ 7.645
	Kaag en Braassem	3,40%	€ 3.400	€ 1.530	€ 1.870
	Nieuwkoop	3,50%	€ 3.500	€ 1.575	€ 1.925
	Gouda	9,30%	€ 9.300	€ 4.185	€ 5.115
	Bodegraven-Reeuwijk	4,30%	€ 4.300	€ 1.935	€ 2.365
	Krimpenerwaard	6,90%	€ 6.900	€ 3.105	€ 3.795
	Waddinxveen	3,30%	€ 3.300	€ 1.485	€ 1.815
	Zuidplas	5,30%	€ 5.300	€ 2.385	€ 2.915
	totaal	100%	€ 100.000	€ 45.000	€ 55.000
Eerder genomen besluiten <i>Eerdere bespreking en genomen besluiten</i>	<i>13 oktober 2016 in DB en 2 november in AB van de RDOGHM besloten:</i>				
	1) Shop en het LdH te vragen de zorgcoördinatie en gespecialiseerde begeleiding op zich te nemen; 2) De financiën tot 01-01-2017 beschikbaar te stellen vanuit de RDOG HM; 3) In december 2016 op basis van een evaluatie de financiën en een financieringsstructuur voor 2017 vast te stellen.				
	<i>14 december 2016 heeft het PPG besloten:</i>				
	1) De aanpak mensenhandel voor de regio Hollands Midden voort te zetten in 2017; 2) De financiën tot 01-01-2018 beschikbaar te stellen vanuit de portefeuille WMO; 3) De financiering van de aanpak onder te brengen in de begroting van het Veiligheidshuis Hollands Midden.				
	<i>1 november 2017 heeft het PPG positief besloten op de volgende punten:</i>				
	1) De aanpak mensenhandel voor de regio Hollands Midden voort te zetten in 2018; 2) De financiën tot 01-01-2019 beschikbaar te stellen vanuit de portefeuille WMO; 3) De financiering van de aanpak wederom onder te brengen in de begroting van het Veiligheidshuis Hollands Midden.				
	<i>12 december 2018 heeft het PPG besloten:</i>				
	1) De aanpak ter bestrijding van mensenhandel voor de regio Hollands Midden in 2019 voort te zetten; 2) De financiën ad € 44.530 tot 01-01-2020 beschikbaar te stellen vanuit de portefeuille Wmo;				

	3) De financiering van de aanpak wederom onder te brengen in de begroting van het Veiligheidshuis Hollands Midden. <i>11 december 2019 heeft het PPG besloten:</i> 1) De aanpak ter bestrijding van mensenhandel voor de regio Hollands Midden in 2020 voort te zetten; 2) De financiën ad € 44.530 tot 1 januari 2021 beschikbaar te stellen vanuit de portefeuille Wmo; 3) De financiering van de aanpak wederom onder te brengen in de begroting van het Veiligheidshuis Hollands Midden; 4) Deze afspraken de komende jaren voort te zetten en te volstaan met het vaststellen van het budget. <i>28 oktober 2020 heeft het Algemeen Bestuur RDOG besloten om:</i> 1) de begroting 2021 van het veiligheidshuis vast te stellen en daarmee ook de kostenneutraliteit van de overgang te bevestigen. 2) ... 3) per 2021 de collectieve gemeentelijke bijdrage rechtsreeks bij de individuele gemeenten te innen (dit i.v.m. het vervallen van de kassiersfunctie via de Veiligheidsregio) 4) ... 5) alle collectieve gemeentelijke kosten per 2021 om te rekenen naar BPI 6) het innen van de gemeentelijke bijdragen voor 2021 per facturatie te laten plaatsvinden en vanaf 2022 via de BPI conform werkwijze RDOG HM 7) ... <i>22 maart 2021 heeft de BAC ZVH besloten het AB RDOG als volgt te adviseren:</i> 1. Akkoord te gaan met de offertes 2021 van SHOP en het LDH à € 170.000 voor de aanpak mensenhandel voor 2021 en dit bedrag als volgt te financieren: a. De regionale verdeling voor de aanpak mensenhandel voor 2021 gelijk te stellen aan de kosten van 2020, te weten gezamenlijk ca. € 72.500; b. Gouda en Leiden te verzoeken om de begrote meerkosten van maximaal € 98.250 voor het jaar 2021 eenmalig te reserveren uit Duvo-middelen vrouwenopvang van de centrumgemeenten; 2. Op basis van de realisaties van de jaren t/m 2021 te komen met een realistische meerjarenbegroting voor de aanpak mensenhandel.
Advies vanuit de Kerngroep ZV	Akkoord tot doorgeleiding naar BAC ZV, met opmerkingen: - Verzoek tot nadere toelichting op hoogte van het gevraagde begrotingsbedrag versus realisatie kosten afgelopen jaren - Begroting 2023 is reeds vastgesteld, dus verzoek vanaf 2024.
Voorgenomen besluiten <i>Welke besluit ligt voor aan de BAC ZV?</i>	De BAC ZV wordt gevraagd: a) Kennis te nemen van de memo aanpak mensenhandel – realisatie 2021 en voorstel tot vervolg vanaf 2023 b) Het AB Hecht te adviseren om de totale begroting van de aanpak mensenhandel voor de gemeenten gezamenlijk voor de komende

	3 jaar vast te stellen op maximaal €100.000,- en hier dus rekening mee te houden in de eigen begroting.
Conclusie Bespreking in de BAC ZV	De BAC ZV is unaniem akkoord met het voorstel en vraagt met klem aandacht te besteden aan het inhoudelijke belang van de aanpak, namelijk meer slachtoffers mensenhandel zichtbaar krijgen, zodat zij geholpen kunnen worden.
Advies vanuit de BAC ZV tot besluitvorming door het AB	De BAC ZV adviseert het AB Hecht om de totale begroting van de aanpak mensenhandel voor de gemeenten gezamenlijk voor de komende 3 jaar vast te stellen op maximaal €100.000,- en hier dus rekening mee te houden in de eigen begroting.
Bijlagen	- Memo “realisatie mensenhandel HM 2021 en voorstel tot vervolg vanaf 2023”

MEMO Aanpak slachtoffers mensenhandel in Hollands Midden

Verslag van de inzet in 2021 en een voorstel tot financiering van de aanpak in de komende jaren

Voortkomend uit de afspraken gemaakt in het Interbestuurlijk Programma (IBP) en het rapport van de Commissie Lenferink (2015) hebben gemeenten een taak in de aanpak van mensenhandel en de opvang en begeleiding van slachtoffers mensenhandel. Sinds 2016 hanteren we een regionale coördinatie en hulpverlening aan slachtoffers van mensenhandel. Hierbij vervult SHOP de zorgcoördinatie en het Goodwillwerk Leger des Heils (GLD) de gespecialiseerde begeleiding.

Doel en taken zorgcoördinatie:

1. Een samenhangend ondersteuningsaanbod organiseren voor slachtoffers van mensenhandel die in de regio verblijven;
2. Toeleiding van de doelgroep naar de meest passende organisatie in of buiten de Veiligheidsregio;
3. Belangenbehartiging van de doelgroep binnen het samenwerkingsverband van het RIEC en de regionale partijen uit het strafrecht, de gemeenten, de zorg en SZW. Maar ook op landelijk niveau.
4. Netwerk opbouwen en onderhouden.
5. Informatie en advies.
6. Coördinatie en monitoring van het traject van het (vermoedelijke) slachtoffer.
Het uitgangspunt van de zorg is dat het slachtoffer regie houdt over wat er met hem of haar gebeurt. Zorgvuldige informatie-uitwisseling is dan ook erg belangrijk.

Doel gespecialiseerde begeleiding

1. De persoonlijk begeleider (pb'er) biedt een ambulant hulp- en begeleidingstraject voor het slachtoffer - dat aangemeld wordt door de zorgcoördinator - en eventuele kinderen in de regio waar het slachtoffer woont en kan verblijven.
2. De pb'er begeleidt een slachtoffer bij de (dagelijkse) procedurele stappen die gezet moeten worden om de voortgang van zowel het strafrechtelijke- als het verblijfsrechtelijk traject te realiseren. Bij knelpunten in de procedure ondersteunt de zorgcoördinator de pb'er en neemt contact op met de benodigde partijen (zoals een zorgpartner of de gemeente).

Inzet op slachtoffers mensenhandel in 2021

Casuïstiek

In 2021 hebben zich dertien casussen voorgedaan bij SHOP. Het ging hierbij om seksuele uitbuiting en criminele uitbuiting (money muling). De cliënten hadden binding met de volgende gemeenten: Leiden, Alpen aan den Rijn, Gouda en Hillegom. Twee slachtoffers hebben gespecialiseerde begeleiding gekregen vanuit het Leger des Heils. Tevens heeft SHOP drie mogelijke slachtoffers mensenhandel doorverwezen naar een andere organisatie.

Het aantal slachtoffers dat in beeld komt neemt over de jaren toe:

2016	2017	2018	2019	2020	2021
2	3	4	6	10	13

Deskundigheidsbevordering

SHOP heeft in 2021 veel aandacht besteed deskundigheidsbevordering. Zo heeft SHOP zes keer informatie en advies verstrekt aan maatschappelijke organisaties en aan de ketenregisseur. In samenwerking met de ketenregisseur hebben zij tevens twee Webinars "bewustwordingsbijeenkomst mensenhandel" voor aandachtfunctionarissen verzorgd. Hieraan hebben 40 personen deelgenomen. Er is een kennismakingsronde geweest langs alle aandachtfunctionarissen in Hollands-Midden.

Daarnaast heeft SHOP tweemaal samengewerkt met het BOT in district G aan de ondermijningsroadshow. Ook hebben zij de training mensenhandel verzorgd voor ambtenaren van de gemeente Kaag en Braassem en hebben zij voorlichting gegeven over SHOP aan de GGD. In samenwerking met Fairwork voor het ministerie van Buitenlandse Zaken, afdeling PROBAS, heeft SHOP een training gegeven over het zorg en hulpaanbod van SHOP in Haaglanden en Hollands-Midden. Tot slot is SHOP aangesloten bij diverse focus- en weeg overleggen van het Zorg- en Veiligheidshuis.

Financiële realisatie 2021

De voornoemde activiteiten hebben geleid tot de volgende realisatie van kosten:

	jan	feb	maart	april	mei	juni
Shop	€ 2.957,50			€ 9.002,50		
LdH	€ 2.028,75	€ 2.350,00	€ 2.378,13	€ 2.356,25	€ 2.231,25	€ 2.534,38

juli	aug	sept	Okt	nov	dec	subtotaal
€ 8.547,50			€ 5.996,25			€ 26.503,75
€ 1.425,10	€ 703,58	€ 1.641,92	€ 699,58	€ 2.560,58	€ 2.757,50	€ 23.667,02
totaal						€ 50.170,77

Realisatie versus begroting 2021

Voor 2021 was er door de regio een bedrag van €45.000 begroot voor de inzet vanuit SHOP en GLD op basis van de realisatie van afgelopen jaren. Dit bedrag is dus volledig besteed. Het resterend bedrag van €5.170,77 is voor 2021 door de centrumgemeenten Leiden en Gouda bijgelegd vanuit de DUVO-middelen.

Vervolg in 2022 en verder

Met een uitvoeringsplan en een handreiking voor gemeenten is het doel om het signaleren van mensenhandel in de komende jaren te verbeteren. De lokale handreiking is inmiddels afgerond en vastgesteld. De komende periode zal deze handreiking op lokaal niveau verder worden uitgewerkt, met ondersteuning van de ketenregisseur. Het kunnen blijven inzetten op verdere deskundigheidsbevordering en opbouw van een regionaal netwerk alsmede het bieden van zorg coördinatie en gespecialiseerde begeleiding van slachtoffers mensenhandel is noodzakelijk zodat de aanpak slachtoffers mensenhandel ook in 2022 en verder wordt voortgezet.

De financiering

Tijdens de BAC van 3 juni 2021 zijn de gemeenten bijgepraat over onder andere de financiering mensenhandel van de afgelopen en komende jaren. Er is eerder afgesproken dat gemeenten in de begroting rekening houden met de stijgende kosten voor mensenhandel. Het aantal slachtoffers dat wordt opgevangen en wordt begeleid neemt namelijk steeds wat toe. In het overleg van 3 juni is besloten akkoord te gaan met de financiering voor 2021 en 2022 met de toevoeging dat in 2022 op basis van de ervaringen van 2021 en van 2022 bezien wordt wat de meer structurele financiële consequenties zijn voor de begroting 2023 en verder. Het Zorg- en Veiligheidshuis die in deze aanpak de kassiersfunctie vervult, houdt samen met de gemeente Leiden vinger aan de pols in periodieke overleggen, zodat de regio niet voor financiële verrassingen komt te staan.

Vanaf 2023

Als we terugkijken naar de gerealiseerde kosten van de afgelopen vijf jaar voor mensenhandel, dan is het volgende te zien: de kosten nemen geleidelijk toe, maar komen niet boven de €100.00,- uit. De begroting van het Leger des Heils en Shop tezamen is echter steeds aanzienlijk hoger dan dit bedrag. Wat wordt begroot komt niet overeen met wat werkelijk wordt gerealiseerd:

Begroting 2017	realisatie 2017	Begroting 2018	realisatie 2018	begroting 2019	realisatie 2019	begroting 2020	realisatie 2020	begroting 2021	realisatie 2021	begroting 2022	realisatie 2022 t/m juni
€ 105.280	€ 30.000	€ 105.280	€ 24.375	€ 45.000	€ 29.336	€ 45.000	€ 72.164	€ 152.028	€ 50.171	€ 161.582	€ 30.428

Voorstel 2023-2025

Op basis van de bovenstaand overzicht, stellen wij het volgende voor: De totale begroting voor de gemeenten gezamenlijk komende drie jaar vast te stellen op maximaal €100.000,-. Dit betekent dat de begroting van het Leger des Heils én SHOP samen niet hoger mag zijn dan een ton. Voor de volledigheid, aan het einde van elk jaar zal worden afgerekend op basis van de werkelijk gemaakte kosten zoals nu ook het geval is en tussentijds wordt de realisatie op de begroting gemonitord.

De kosten per gemeente zullen er in deze situatie als volgt uitzien:

Aanpak mensenhandel	% inwoners	begroting 2023 - 2025	reeds in BPI	in de begroting op te nemen v.a. 2023
Leiden	15,50%	€ 15.500	€ 6.975	€ 8.525
Voorschoten	3,20%	€ 3.200	€ 1.440	€ 1.760
Zoeterwoude	1,10%	€ 1.100	€ 495	€ 605
Oegstgeest	3,00%	€ 3.000	€ 1.350	€ 1.650
Leiderdorp	3,50%	€ 3.500	€ 1.575	€ 1.925
Katwijk	8,20%	€ 8.200	€ 3.690	€ 4.510
Noordwijk	5,30%	€ 5.300	€ 2.385	€ 2.915
Lisse	2,90%	€ 2.900	€ 1.305	€ 1.595
Hillegom	2,70%	€ 2.700	€ 1.215	€ 1.485
Teylingen	4,70%	€ 4.700	€ 2.115	€ 2.585
Alphen aan den Rijn	13,90%	€ 13.900	€ 6.255	€ 7.645
Kaag en Braassem	3,40%	€ 3.400	€ 1.530	€ 1.870
Nieuwkoop	3,50%	€ 3.500	€ 1.575	€ 1.925
Gouda	9,30%	€ 9.300	€ 4.185	€ 5.115
Bodegraven-Reeuwijk	4,30%	€ 4.300	€ 1.935	€ 2.365
Krimpenerwaard	6,90%	€ 6.900	€ 3.105	€ 3.795
Waddinxveen	3,30%	€ 3.300	€ 1.485	€ 1.815
Zuidplas	5,30%	€ 5.300	€ 2.385	€ 2.915
totaal	100%	€ 100.000	€ 45.000	€ 55.000

Mocht gedurende deze drie jaar blijken dat Leger des Heils en SHOP niet uitkomen met €100.000,-, dan laten zij dit tijdig weten en komen wij met een nieuw voorstel. Deze werkwijze gaat in vanaf 2023.

Wij horen graag van elke gemeente afzonderlijk in het volgende BAO én BAC of jullie hiermee akkoord zijn.

AB HECHT

Vergadering d.d. 19 oktober 2022

AB-22-40

Onderwerp: Notitie verplaatsing standplaats ambulancedienst van Zuidbroek naar Bergambacht

Van: Directie Hecht

Opgesteld : Senior beleidsadviseur RAV

Datum: 6 oktober 2022

Korte omschrijving

Om het gebied waarvoor de RVE Regionale Ambulancevoorziening Hollands Midden verantwoordelijk is beter te kunnen dekken, is zij bezig met de voorbereiding van de verplaatsing van de standplaats Zuidbroek naar Bergambacht. Wat heeft geleid tot dit voornemen en wat hiervan de te verwachten effecten zijn, wordt in deze notitie verder uiteengezet.

Voorop staat dat de dienstverlening in de gemeente Krimpenerwaard niet te lijden heeft onder de verplaatsing. Het verwachte totaal resultaat van de verschuiving is een kleine prestatiewinst in de gemeente Krimpenerwaard van een geschatte 0,1 tot 0,2%. Voor de postcodegebieden in en rond Schoonhoven verwachten we door de verschuiving een verbetering in de aanrijtiden te kunnen realiseren. De verschuiving gaat iets ten koste van de dekking in Lekkerkerk. Ambulancezorg Rotterdam Rijnmond zal nadrukkelijker haar aandeel gaan leveren in het westelijke deel van de Krimpenerwaard, met name in Krimpen aan de Lek en Ouderkerk aan de IJssel. Voor Lekkerkerk zal in het kader van burenhulp, waarbij de dichtstbijzijnde ambulance in geval van spoed altijd rijdt, de kans groter zijn dat Rotterdam hiervoor wordt ingezet.

Tijdslijn realisatie

De wijziging van standplaats zal eind 2022 aan het Algemeen Bestuur van Hecht ter besluitvorming worden voorgelegd.

De verbouwing zal door de Veiligheidsregio uitgevoerd gaan worden. De eerste stap is het opstellen van een bouwtekening en het aanvragen van een bouwvergunning. In Q3-4 van 2022 zal het bestek worden uitgewerkt en een aannemer worden gezocht.

De verwachting is dat de ambulancepost voor de zomer van 2023 kan verhuizen naar deze nieuwe locatie.

Financiële aspecten

De zorgverzekeraars zijn meegenomen in het proces en zijn akkoord met en verantwoordelijk voor de financiële gevolgen van de verplaatsing van de standplaats.

Voor de gemeente Krimpenerwaard zijn hier geen kosten aan verbonden.

Eerder genomen besluiten

n.v.t.

Voorgenomen besluiten

Het AB wordt gevraagd kennis te nemen van de notitie.

Bijlagen

AB-22-40a Notitie verplaatsing standplaats Zuidbroek naar Bergambacht;
AB-22-40b Analyse standplaatslocaties RAVHM door Topicus/Devise

Notitie verplaatsing standplaats ambulancedienst van Zuidbroek naar Bergambacht

Verplaatsing standplaats ambulancedienst Zuidbroek

Om het gebied waarvoor de RVE Regionale Ambulancevoorziening Hollands Midden verantwoordelijk is beter te kunnen dekken, is zij bezig met de voorbereiding van de verplaatsing van de standplaats Zuidbroek naar Bergambacht. Wat heeft geleid tot dit voornemen en wat hiervan de te verwachten effecten zijn, wordt in deze notitie verder uiteengezet.

Voorop staat dat de dienstverlening in de gemeente Krimpenerwaard niet te lijden heeft onder de verplaatsing. Het verwachte totaal resultaat van de verschuiving is een kleine prestatiewinst in de gemeente Krimpenerwaard van een geschatte 0,1 tot 0,2%. Voor de postcodegebieden in en rond Schoonhoven verwachten we door de verschuiving een verbetering in de aanrijtijden te kunnen realiseren. De verschuiving gaat iets ten koste van de dekking in Lekkerkerk.

Ambulancezorg Rotterdam Rijnmond zal nadrukkelijker haar aandeel gaan leveren in het westelijke deel van de Krimpenerwaard, met name in Krimpen aan de Lek en Ouderkerk aan de IJssel. Voor Lekkerkerk zal in het kader van burenhulp, waarbij de dichtstbijzijnde ambulance in geval van spoed altijd rijdt, de kans groter zijn dat Rotterdam hiervoor wordt ingezet.

De wijziging van standplaats zal eind 2022 aan het Algemeen Bestuur van Hecht ter besluitvorming worden voorgelegd.

Aanleiding discrepantie tussen Veiligheidsregio en verzorgingsgebied

In 2015 is bij toeval gebleken dat er een discrepantie bestond tussen de grenzen van de veiligheidsregio en van de regiogrenzen die het RIVM hanteert (zie bijlage 2). Gevolg hiervan was dat er een verschil bestond tussen de RAV-(veiligheids-)regio en het gebied waarvoor de RAV verantwoordelijk geacht werd en op basis waarvan zij werd/ wordt gefinancierd.

Landelijk is er voor gekozen, om de indeling volgens het RIVM als uitgangspunt te blijven hanteren. Het gevolg hiervan is dat er afspraken gemaakt moesten worden voor de (financiële) dekking van gebiedsdelen tussen de RAV Hollands Midden en 4 van de 5 omliggende RAV's.

Door de verplaatsing van de standplaats Zuidbroek naar Bergambacht is het voor de RAV beter mogelijk om de Krimpenerwaard te bedienen voor de postcodegebieden die op basis van het RIVM onderzoek Spreiding en Beschikbaarheid gerekend moeten worden tot haar verzorgingsgebied.

Onderzoek optimalisatie van de positie van standplaatsen

In 2022 is onafhankelijk onderzoek gedaan door Topicus/Device (bijlage 4), naar een zo optimaal mogelijke dekking van het gebied, rekening houdend met de uitvalswegen en bewonersconcentraties. Dit is mede gedaan op basis van de historische ritdata en te verwachten demografische en infrastructurele ontwikkelingen in de komende 10-20 jaar.

Uitgangspunt van de RAVHM voor het bepalen van de positie van standplaatsen is de mate waarin de ambulance er in slaagt om zo veel mogelijk inwoners binnen 12 minuten (de overige 3 minuten zijn nodig voor aanneme en alarmering) te bereiken. (Spreidingseis standplaatsen in WAZV is 97% van het gebied binnen 12 minuten)

De positie ten opzichte van de uitvalswegen is belangrijk om de ambulance snel te kunnen verplaatsen. Op grond hiervan zijn de posities van de standplaatsen berekend en is toegewerkt naar een optimale verdeling binnen de Veiligheidsregio Hollands Midden.

Naar de verdeling van standplaatsen in Hollands Midden is meermaals onderzoek vooraf gegaan (2005, 2008 en 2015). In deze onderzoeken is voor een zo optimaal mogelijke dekking van het gebied gekeken naar uitvalswegen en bewonersconcentraties. In 2005 is gekozen voor een 'hybride' huisvestingsmodel met deels vaste en deels verplaatsbare standplaatsen, om zodoende in te kunnen blijven spelen op demografische of infrastructurele veranderingen met impact op de bereikbaarheid

voor de ambulance. De balans tussen verbetering van prestaties in de buitengebieden en die in de gebieden met hogere bevolkingsconcentraties blijft daarbij echter een precaire. Een belangrijk verschil met onderzoeken die eerder zijn gedaan, is dat er in het huidige onderzoek van een ander verzorgingsgebied moest worden uitgegaan.

Een conclusie uit het onderzoek is dat een kleine prestatiewinst in de gemeente Krimpenerwaard kan worden geboekt van een geschatte 0,1 tot 0,2%.

Het onafhankelijke onderzoek door Topicus/ Device (bijlage 4) naar de optimalisatie van de positie van standplaatsen ondersteunt dus, de door gewijzigd verzorgingsgebied ingegeven, keuze voor verplaatsing naar Bergambacht.

Met de veiligheidsregio is een principe overeenstemming bereikt over de inrichting van een uitrukpunt in de brandweerkazerne van Bergambacht. Ook de lokale brandweer heeft met de uitgewerkte optie ingestemd.

Tijdslijn realisatie

De wijziging van standplaats zal eind 2022 aan het Algemeen Bestuur van Hecht ter besluitvorming worden voorgelegd.

De verbouwing zal door de Veiligheidsregio uitgevoerd gaan worden. De eerste stap is het opstellen van een bouwtekening en het aanvragen van een bouwvergunning. In Q3-4 van 2022 zal het bestek worden uitgewerkt en een aannemer worden gezocht.

De verwachting is dat de ambulancepost voor de zomer van 2023 kan verhuizen naar deze nieuwe locatie.

Bijlage 1 Achtergrondinformatie

Paraatheidseisen RIVM

Het RIVM berekent jaarlijks in opdracht van het Ministerie van VWS aan de hand van historische data van inzetten van de ambulancediensten op postcodeniveau hoeveel ambulancecapaciteit er nodig is en hoe de capaciteit over Nederland te verdelen. Uitgangspunt voor het bepalen van de benodigde capaciteit zijn de ritdata van het voorafgaande jaar en de historische positionering van de standplaatsen in Nederland (van begin deze eeuw).

Elk jaar wordt een Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid uitgebracht. Hierin wordt per tijdsblok van 8 uur aangegeven hoeveel paraatheid de RAV op de weg moet zetten.

Het Referentiekader is de basis voor de financiering van de ambulancezorg.

De ambulancedienst bepaalt vervolgens, aan de hand van de inzet die gemiddeld per uur, per dag in de week en per locatie is geleverd, hoe de paraatheid te verdelen over de regio en in de tijd.

Vervolgens wordt een en ander vertaald in beschikbare paraatheid in het rooster.

Wettelijke norm

In de Wet Ambulancezorgvoorzieningen (WAZV) wordt bepaald dat de RAV in geval van spoedzorg (A1), binnen 15 minuten ter plaatse dient te zijn. Voor deze norm geldt dat, in het verzorgingsgebied gemiddeld over een jaar, een percentage van minimaal 95% binnen dit tijdsbestek dient te worden bereikt. Een percentage dat momenteel nergens in Nederland en helaas ook niet door de RAV HM wordt gehaald.

Onze paraatheid staat onder hoge druk door een relatief hoog ziekteverzuim en personeelsgebrek. We lopen, ondanks ons beleid om boven formatie aan te nemen, alsnog achter de feiten aan met name door de stijging van de ritaantallen. Het RIVM baseert de benodigde paraatheid op historische data.

De ritaantallen zijn vorig jaar met ongeveer 10% gestegen t.o.v. 2020. Ook de afgelopen maanden (t/m mei 2022) had de RAV te maken met een stijgingspercentage van gemiddeld 8%. Met name aan de kant van de spoedinzetten A1 9% en A2 13% is de zorgvraag flink gestegen. Ook voor 2022 gaat de RAV er van uit dat de prestaties ten opzichte van de norm niet gaan verbeteren.

De norm, zoals die nu in de wet staat, wordt veranderd. Een belangrijke ontwikkeling die naar verwachting vanaf volgend jaar zal worden geëffectueerd. Op dit moment wordt voor veel van de spoedmeldingen een ambulance met een (soms te) hoge urgentie ingezet. In de toekomst wordt alleen met spoed gereden als er sprake is van een tijdkritisch incident (reanimatie, verstikking en verbloeding). Voor overig spoedvervoer kan dan meer tijd worden genomen.

Gemiddeld was onze responstijd (melding tot ter plaatse) in de Krimpenerwaard in 2021: 11 min. 52 sec. Een goed werkend netwerk van brandweer first responders en burgerhulpverleners is daarom cruciaal in de buitengebieden van de regio Hollands Midden. Het percentage burgerhulpverleners van de inwoners in de Krimpenerwaard is momenteel 1,6% (zie bijlage 3: was 1,4% in 2021) De Brandweer First Responders zijn in de Krimpenerwaard in 2021 bij 30 reanimaties ingezet. Beiden leveren een belangrijke bijdrage bij de tijdkritische meldingen.

Dichtstbijzijnde ambulance eerst

Landelijk zijn afspraken gemaakt over de inzet van ambulances ten behoeve van andere RAV's (Dynamisch Ambulance Management). Het principe geldt, dat in geval van een spoedaanvraag de dichtstbijzijnde beschikbare ambulance altijd zal worden ingezet. Dit staat los van de RAV waar men van afkomstig is.

Bijlage 2

Onderstaande afbeelding geeft middels een zwarte lijn de RAV / veiligheidsregio grenzen weer en in het blauw het verzorgingsgebied waar de RAV op grond van het referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid voor verantwoordelijk is en wordt gefinancierd.

Bijlage 3

Burgerhulpverleners Krimpenerwaard

Plaats in Krimpenerwaard	Aantal vrijwilligers (2021) 2022	Aantal oproepen 2021
Ammerstol	(26) 31	1
Bergambacht	(70) 113	11
Berkenwoude	(16) 18	1
Gouderak	(34) 40	2
Haastrecht	(49) 55	2
Krimpen aan de Lek	(94) 105	6
Lekkerkerk	(82) 98	6
Ouderkerk	(71) 81	1
Schoonhoven	(177) 204	13
Stolwijk	(120) 131	3
Vlist	(10) 13	0
Krimpenerwaard totaal	(776) 889	46

Aantal burgerhulpverleners is over de gehele linie gestegen van 776 in 2021 naar 889 in 2022
Het inwonertal per 1-1-2022 in de Krimpenerwaard was 57.062

Analyse standplaatslocaties

RAV Hollands Midden

Versie 2

27 mei 2022

D  **WISE**

 **topicus**

Inhoudsopgave

1. Introductie	2
2. Samenvatting inzichten.....	3
3. Analyse ambulanceproces	4
3.1. A1-prestatie en overschrijdingen.....	4
3.2. Een gemiddelde week ambulancezorg	6
3.3. Hotspots aanrijtjdoerschrijdingen.....	7
3.4. Trends	10
4. Optimalisatie standplaatsen	13
4.1. Alternatieve locaties	13
4.2. Resultaten	16
5. Bijlage A - Inzetten nieuwe woonkernen	19
6. Bijlage B - Verzorgingsgebied.....	20
7. Bijlage C - Details alternatieve locaties.....	21



Deze analyse is uitgevoerd door Renco Porton met ondersteuning van Peter van den Berg en Elise Cannon.



Het projectmanagement, de aanlevering en validatie van de data is verzorgd door Martin van Buuren en Maaïke Vlasma-Roks van Topicus.

1. Introductie

RAV Hollands Midden (RAVHM) heeft de mogelijkheid om 5 van de 9 standplaatsen te verplaatsen en wil weten wat de beste locaties hiervoor zijn. In dit rapport staan de resultaten van deze analyse. De analyse is uitgevoerd door Devise, met ondersteuning voor de aanlevering en validatie van data door Topicus en .

Dit rapport geeft antwoord op de volgende onderzoeksvraag:

“Wat is de beste spreiding van de 5 standplaatsen (Hillegom, Noordwijk, Nieuwveen, Moordrecht en Zuidbroek), zodanig dat de beste aanrijdprestaties gerealiseerd kunnen worden voor de hoogste urgentie (A1) inzetten?”

Er zijn drie belangrijke factoren die op verzoek van RAVHM zijn meegenomen in deze optimalisatie:

1. Er komen in het verzorgingsgebied van RAV Hollands Midden meerdere nieuwe woonkernen. Dit betekent dat in deze gebieden een zorgvraag zal ontstaan die er op dit moment niet is.
2. Er wordt gewerkt aan een verbindingsweg tussen de A4 en de A44, de “RijnlandRoute” N434, ten zuidwesten van Leiden. Dit heeft impact op het maximale bereik vanuit verschillende standplaatslocaties.
3. Door recente afspraken met buurregio’s zijn sommige gebieden waarvoor RAVHM verantwoordelijk is veranderd. De optimale locaties moeten berekend worden op de inzetten binnen het verzorgingsgebied volgens het laatste burenhulpconvenant.

Het rapport is opgedeeld in drie hoofdstukken:

1. De samenvatting van de belangrijkste inzichten
2. Een analyse van het ambulanceproces
3. De optimalisatie van de standplaatslocaties

De analyse van het ambulanceproces brengt historische knelpunten en prestaties in kaart. De inzichten uit deze analyse zijn nuttig om het optimalisatiemodel en de resultaten te toetsen en duiden. Deze inzichten zijn daarnaast gebruikt om gemotiveerd alternatieve standplaatslocaties te vinden. Voor de optimalisatie van de standplaatslocaties is een simulatiemodel van de ambulanceregio van RAVHM ontwikkeld. Met dit model kunnen alternatieve scenario’s van de spreiding en beschikbaarheid van ambulances worden getest. Met een algoritme worden de beste combinaties van standplaatsen berekend uit een lijst van 35 alternatieve locaties.

Voor deze analyse zijn historische ritgegevens van 2018 t/m 2021 en de huidige spreiding en beschikbaarheid van RAVHM aangeleverd door Topicus. Er is een los document opgeleverd met informatie over de preparatie van deze gegevens (“Devise - RAVHM Datapreparatie (versie 3).pdf”). Alle inzichten uit dit rapport gaan uit van de correctheid van deze gegevens en preparatieslag.

De inzichten uit dit rapport kunnen nader worden toegelicht in een interactieve presentatie waarbij het mogelijk is om resultaten vanuit verschillende perspectieven en op andere detailniveaus te bekijken.

2. Samenvatting inzichten

De belangrijkste inzichten uit de analyse van het ambulanceproces zijn:

- De A1-prestatie daalt vanaf juli 2021 van 92.3% met ruim 2.5%. Deze daling valt samen met een stijging van zowel de meldtijd en de aanrijtijd rond dit moment.
- De grootste hotspots van aanrijtijdoverschrijdingen lagen in 2021 rondom Hillegom, gevolgd door Moordrecht en Zuidbroek. In deze gebieden is hierdoor ook de grootste prestatiewinst te behalen. Relatief weinig overschrijdingen komen voor buiten de dekking van standplaatsen. Dit is een indicatie dat de huidige standplaatslocaties op dit moment voor een goede dekking zorgen.
- In en rondom de grote steden komen in verhouding zeer weinig overschrijdingen voor, wat een indicatie is dat de beschikbaarheid van ambulancecapaciteit hier hoog is. Mogelijk kan een betere verdeling van de ambulancecapaciteit door de regio (in zowel het basisdienstrooster en door de operationele aansturing op de meldkamer) voor prestatiewinst zorgen. De basisdienstroosters en aansturing vallen echter buiten de scope van dit onderzoek.
- Het aantal inzetten is sinds Corona aan het toenemen en ook de inzetduur ligt op een hoger niveau dan vóór Corona. Een toename van de inzetten en inzetduur zorgt voor een hogere belasting op de capaciteit, met gelijktijdigheidsproblemen en overschrijdingen tot gevolg. Vanaf halverwege 2021 komen weken met hoge aantallen inzetten vaker voor, wat een verklaring kan zijn van het prestatieverlies.
- Als de trends van de laatste maanden uit 2021 doorzetten is de verwachting dat de A1-prestatie van 2022 onder de 90% uit zal komen.

De resultaten van de optimalisatie van de standplaatslocaties zijn:

- Het optimalisatiemodel verkiest drie alternatieve locaties voor Nieuwveen, Moordrecht en Zuidbroek. De verschillen zijn echter klein en zorgen samen voor een verwachte aanrijtijdprestatiewinst van maximaal 0.3%. Het dekkingspercentage van de regio stijgt met ongeveer 1%. In deze berekeningen is rekening gehouden met nieuwe woonkernen, de N434 en de afspraken volgens het laatste burenhulpconvenant.
- De huidige locaties in Noordwijk en Hillegom komen ook als beste locaties uit het optimalisatiemodel. Er zijn hiervoor dus geen betere locaties gevonden.
- De betere locatie voor Nieuwveen ligt ongeveer 1 kilometer ten noorden van de huidige locatie. De verwachte win is echter zodanig klein dat deze in de praktijk naar verwachting niet merkbaar zal zijn.
- Het model verkiest een alternatieve locatie voor Moordrecht in Waddinxveen. Dit zorgt voor een betere dekking van het gebied rondom Boskoop. Dit gaat ook ten koste van de dekking rondom Nieuwekerk aan den IJssel, waardoor hier geen overtuigend advies voor wordt gegeven.
- Er is een kleine winst te behalen door het verplaatsen van Zuidbroek naar Bergambacht. Dit zorgt voor een betere dekking van Schoonhoven, waar momenteel ook een relatief grote hotspot van overschrijdingen ligt.

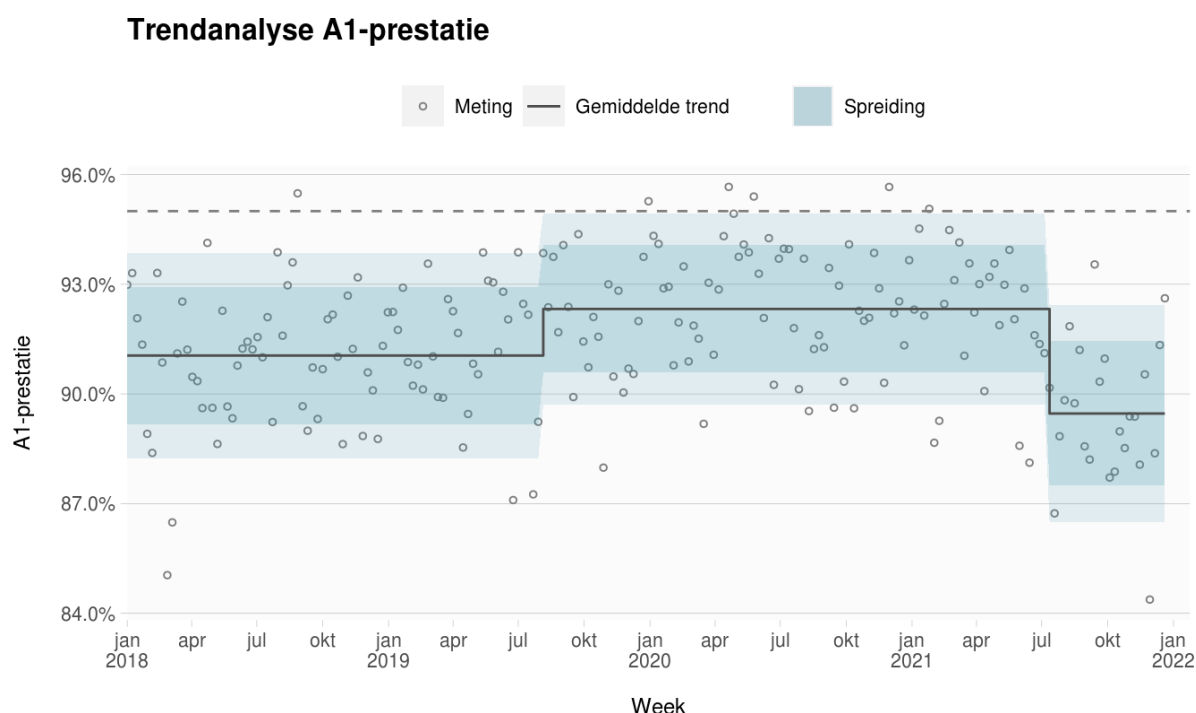
3. Analyse ambulanceproces

Dit hoofdstuk toont de analyse van het ambulanceproces. Het doel van de analyse is om historische knelpunten en prestaties inzichtelijk te maken. De analyse is beschrijvend van aard en beperkt zich tot hoofdlijnen. De volgende onderdelen worden in de komende paragrafen beschreven:

1. Het verloop van de A1-prestatie en overschrijdingen van de meld-, uitruk- en aanrijtijd
2. Een overzicht van een 'gemiddelde week ambulancezorg'
3. Geografische hotspots van aanrijtijdoverschrijdingen
4. Trends van het aantal inzetten en de inzetduur

3.1. A1-prestatie en overschrijdingen

Onderstaande figuur toont een trendanalyse van de A1-prestatie over de afgelopen jaren. Een trendalgoritme berekent met behulp van statistische tests of de metingen tussen perioden significant van elkaar verschillen, en of er dus sprake is van een trendbreuk. De spreiding geeft aan hoever de metingen binnen een periode afwijken van de gemiddelde trend (1 tot 1.5 keer de standaardafwijking).



Een trendbreuk is een indicatie voor een verandering in het onderliggende ambulanceproces. Het resultaat laat een opvallende trendbreuk zien vanaf juli 2021, waarna de A1-prestatie 2.86% daalt en onder de 90% uitkomt. In 2019 steeg de A1-prestatie juist vanaf augustus van gemiddeld 91% naar 92.3%.

Een verandering in de A1-prestatie kan komen door een verandering in de meldtijd, uitruktijd en/of aanrijtijd. Onderstaande tabel toont voor **alle** A1-prestatieinzetten hoe vaak de normen voor deze procestijden zijn overschreden in de afgelopen jaren.

Norm	2018	2019	2020	2021
Responstijd (> 15 minuten)	9.15%	8.53%	7.46%	9.15%
Meldtijd (> 2 minuten)	22.75%	25.81%	26.76%	28.21%
Uitruktijd (> 1 minuut)	40.28%	41.63%	37.77%	36.47%
Aanrijtijd (> 12 minuten)	9.41%	8.64%	7.41%	9.10%

De tabel laat zien dat de aanrijtijdoverschrijdingen tot 2021 verbeterde, maar het afgelopen jaar zijn verslechterd. De meldtijd laat een toename zien over de afgelopen jaren. De uitruktijd verbetert ieder jaar.

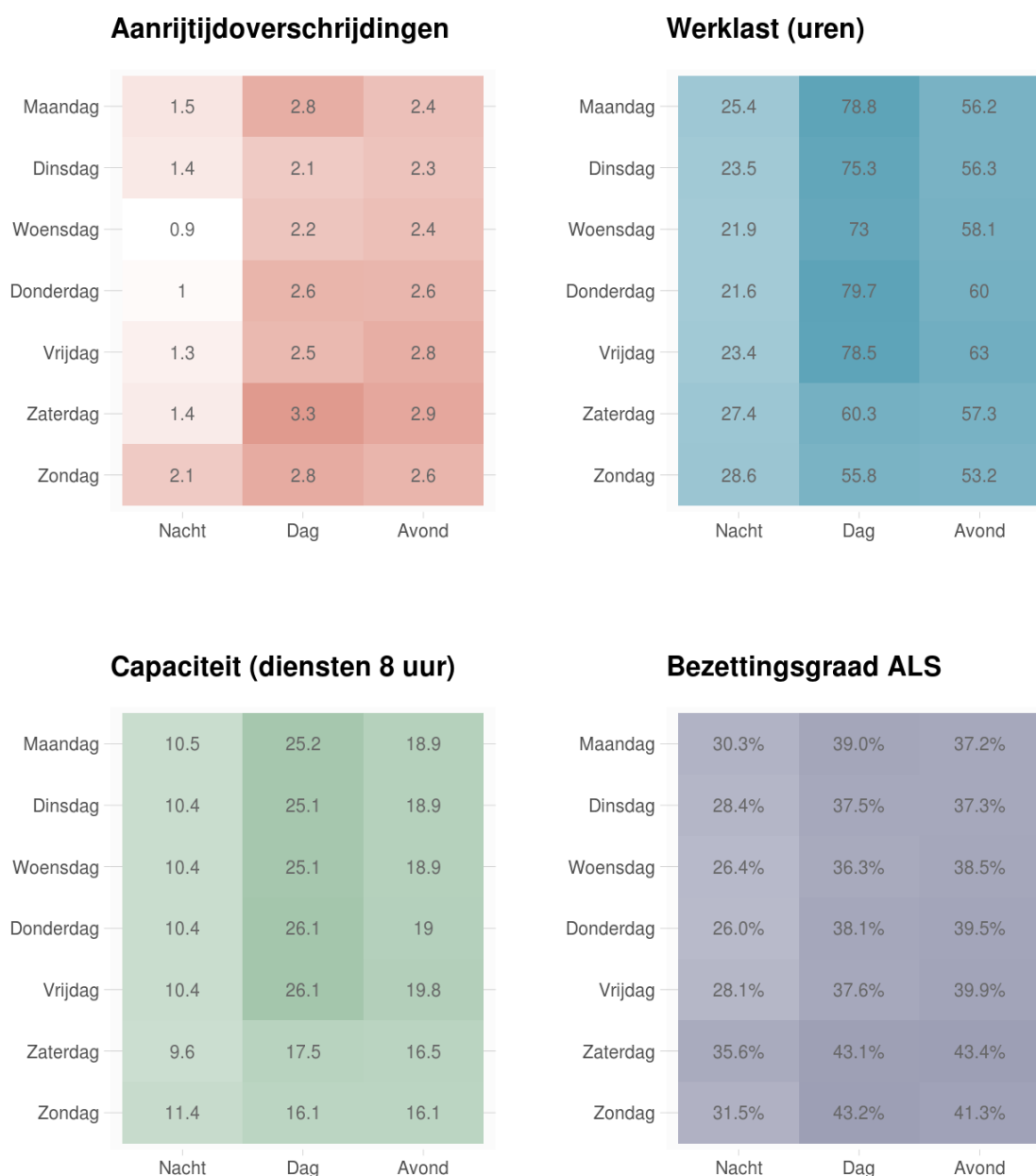
In de volgende tabel wordt de directe invloed op de A1-prestatie berekend voor de oorzaak 'meld- en/of uitruktijd', en 'aanrijtijd'. Voor de oorzaak 'aanrijtijd' is naast een overschrijding van 15 minuten ook de aanrijtijd van 12 minuten overschreden. Voor de oorzaak 'meldtijd en/of uitruktijd' zijn de 15 minuten overschreden, terwijl de aanrijtijd **binnen** de norm was. In het laatste geval was er dus geen responstijdoverschrijding geweest als meld- en/of uitruktijd niet waren overschreden.

Prestatieverlies door reden	2018	2019	2020	2021
Meldtijd en/of uitruktijd (aanrijtijd binnen norm)	1.84%	1.80%	1.73%	2.20%
Aanrijtijd	7.31%	6.73%	5.73%	6.95%
Totaal	9.15%	8.53%	7.46%	9.15%

Het opsplitsen van overschrijdingen in deze categorieën geeft inzicht in welk deel van het responstijdproces mogelijk aandacht verdient. Het resultaat laat zien dat de A1-prestatie door langere meld- en/of uitruktijd in 2021 is verslechterd met ongeveer 0.5%. Uit de voorgaande tabel bleek al dat dit komt door een toenemende meldtijd. Ook het prestatieverlies door langere aanrijtijden neemt in 2021 toe met ruim 1%. Als deze trend doorzet zal de A1-prestatie voor 2022 waarschijnlijk onder de 90% uitkomen.

3.2. Een gemiddelde week ambulancezorg

De volgende figuur vat het aantal aanrijtijdoverschrijdingen, de werklust van ALS-ambulances, de ingeplande ALS-capaciteit en de resulterende ALS-bezettingsgraad samen in 2021 als een gemiddelde week ambulancezorg (waarbij de nacht van 0:00 tot 8:00 loopt, de dag van 8:00 tot 16:00 en de avond van 16:00 tot 0:00).

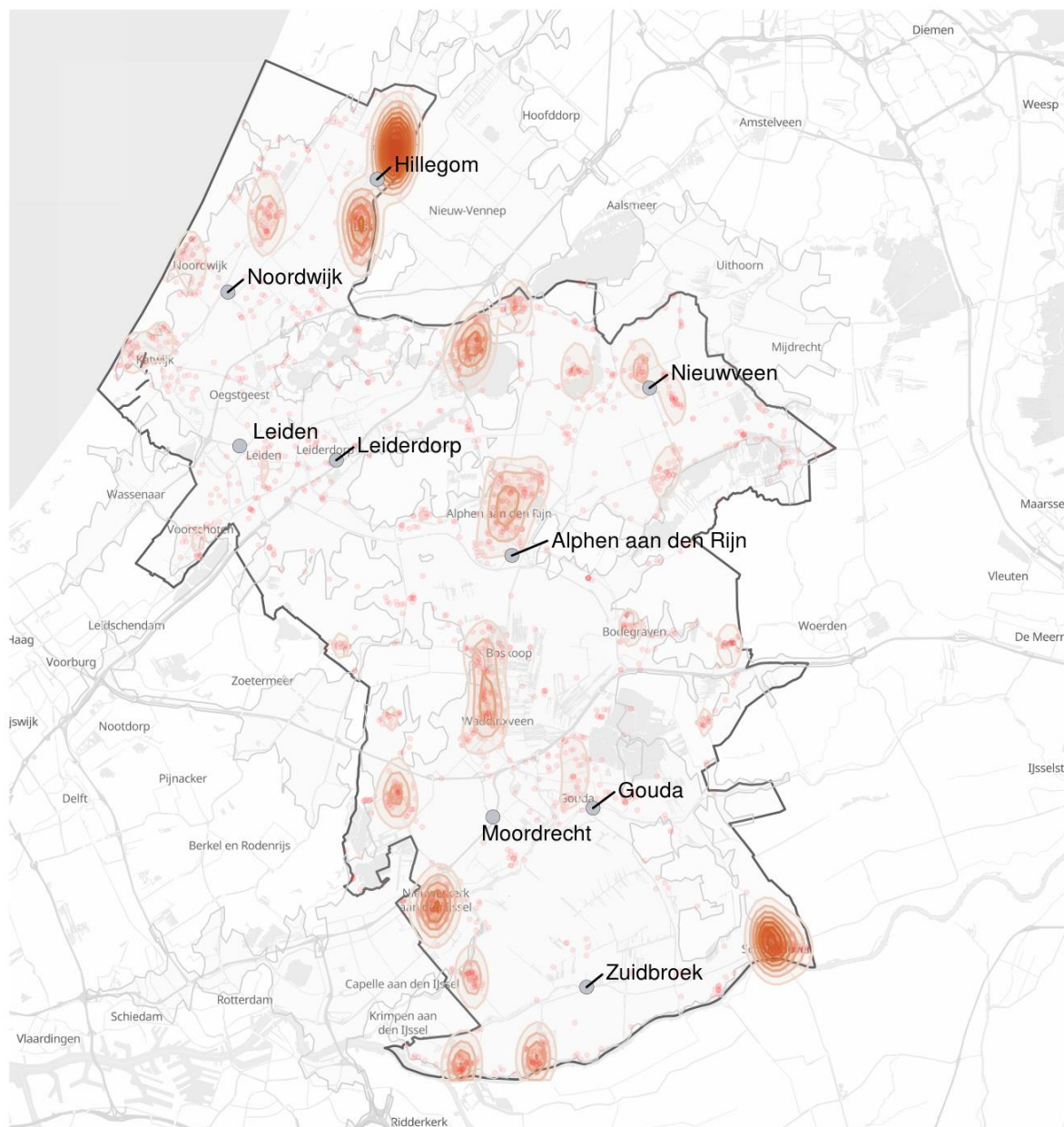


De figuur laat zien op welke momenten RAV Hollands Midden haar ambulancecapaciteit inzet, wanneer de werklust (in uren ambulancezorg) het hoogst is, wat dit met de resulterende bezettingsgraad doet, en wanneer overschrijdingen het meest voorkomen. De volgende paragraaf laat zien in welke gebieden de meeste overschrijdingen voorkomen.

3.3. Hotspots aanrijtdoverschrijdingen

In de volgende figuur worden de 2378 aanrijtdoverschrijdingen in 2021 weergegeven op een kaart. Deze kaart toont met hotspots (rode vlekken) de gebieden waar het absoluut aantal aanrijtdoverschrijdingen het grootst was.

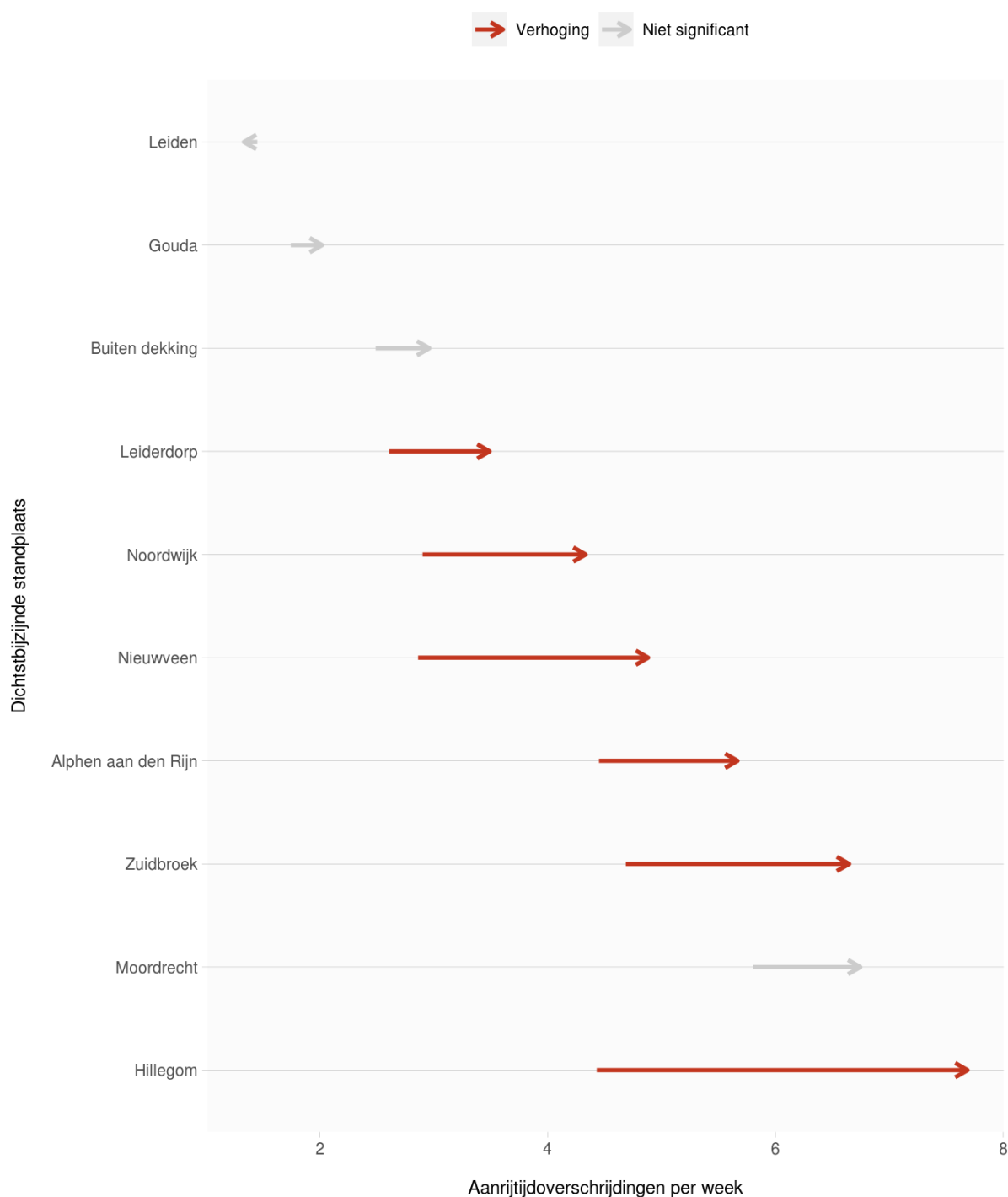
Aanrijtdoverschrijdingen 2021



In gebieden waar de rode vlekken duidelijker zijn komen absoluut gezien meer overschrijdingen voor. In deze gebieden is daardoor ook de grootste prestatiewinst te behalen.

In de volgende figuur zijn de overschrijdingen toebedeeld aan het verzorgingsgebied per standplaats, en vergeleken tussen 2020 en 2021. Een verzorgingsgebied is hier het gebied **rondom** de locatie waarbij de aanrijtijd het **kortste** is vanaf de desbetreffende locatie, én waarbij het aanrijtijdbereik binnen 12 minuten ligt. Overschrijdingen die bij geen enkele locatie binnen het bereik van 12 minuten liggen worden als 'buiten dekking' aangemerkt.

Verschil aanrijtijdoverschrijdingen 2021 t.o.v. 2020



De pijlen in deze grafiek geven weer hoeveel aanrijtjdoerschrijdingen er per week voorkwamen in 2020 (waar de pijl begint) en wat het aantal was in 2021 (waar de pijl stopt). Een statistische test kijkt geeft aan of een verschuiving significant is, of ook het resultaat kan zijn door toeval.

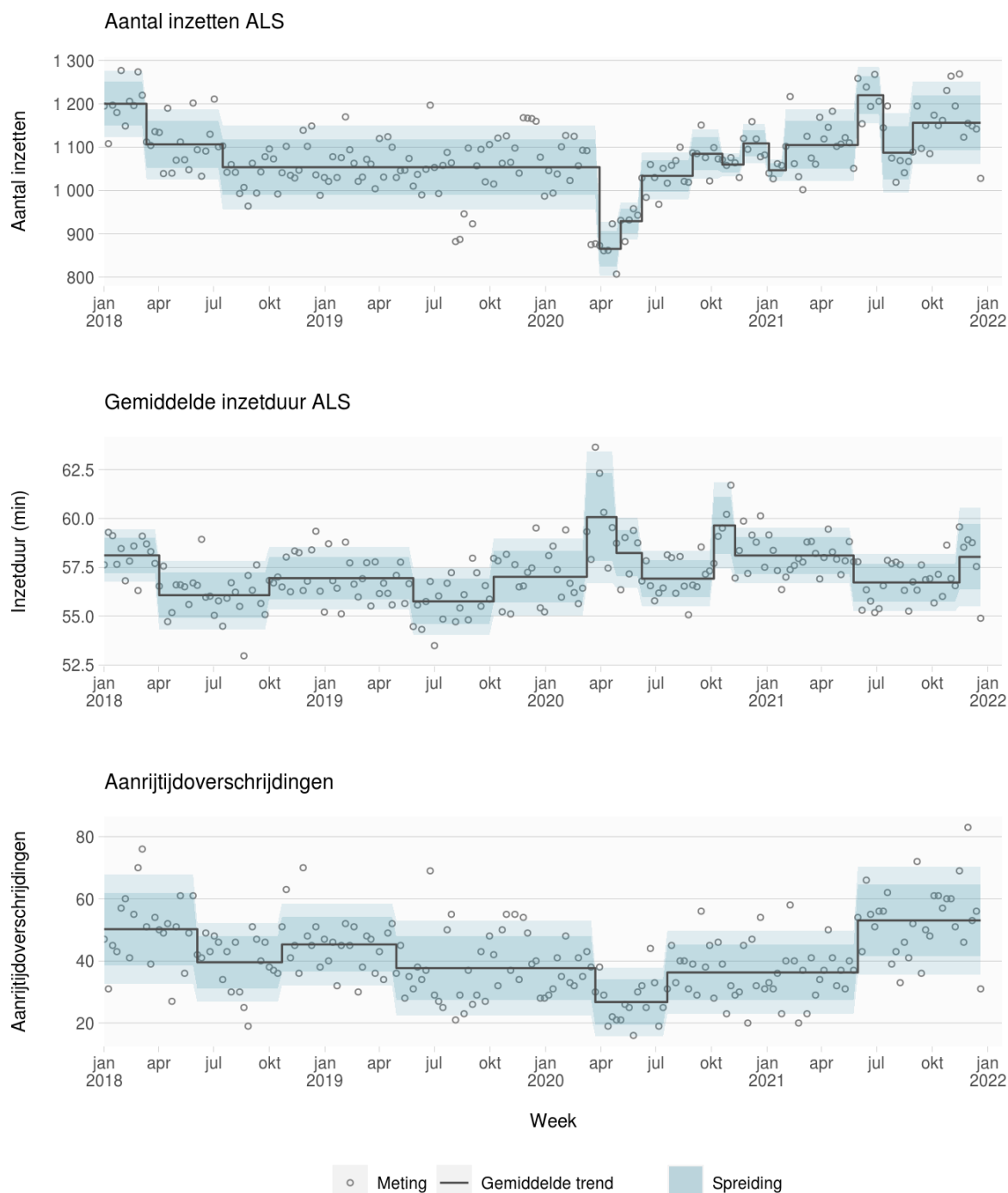
De grootste hotspots van aanrijtjdoerschrijdingen lagen in 2021 rondom Hillegom, gevolgd door Moordrecht en Zuidbroek. Het hoge aantal overschrijdingen in Hillegom komt waarschijnlijk door een matige bezetting van de locatie, want de overschrijdingen zouden binnen de norm aan te rijden moeten zijn vanaf de standplaats in Hillegom. In de zuidoosthoek van de regio (Schoonhoven) is ook een opvallende hotspot zichtbaar, die vrijwel zeker komt omdat dit gebied slecht aan te rijden is vanaf de huidige standplaatslocaties. De minste overschrijdingen komen voor rondom Leiden en Gouda. De stijging van het aantal aanrijtjdoerschrijdingen in 2021 is zichtbaar in vrijwel alle gebieden, op Moordrecht, Leiden en Gouda na.

Een relatief klein aandeel van de overschrijdingen komt voor in gebieden die niet gedekt worden door de standplaatsen, wat al een indicatie geeft dat er weinig winst is te behalen door het schuiven van standplaatslocaties. In en rondom de grote steden komen in verhouding zeer weinig overschrijdingen voor, wat een indicatie is dat de beschikbaarheid van ambulancecapaciteit hier hoog is. Mogelijk kan een betere verdeling van de ambulancecapaciteit door de regio (in zowel het basisdienstrooster en door de operationele aansturing op de meldkamer) voor een betere dekking buiten de steden - en daarmee een prestatiewinst - zorgen.

3.4. Trends

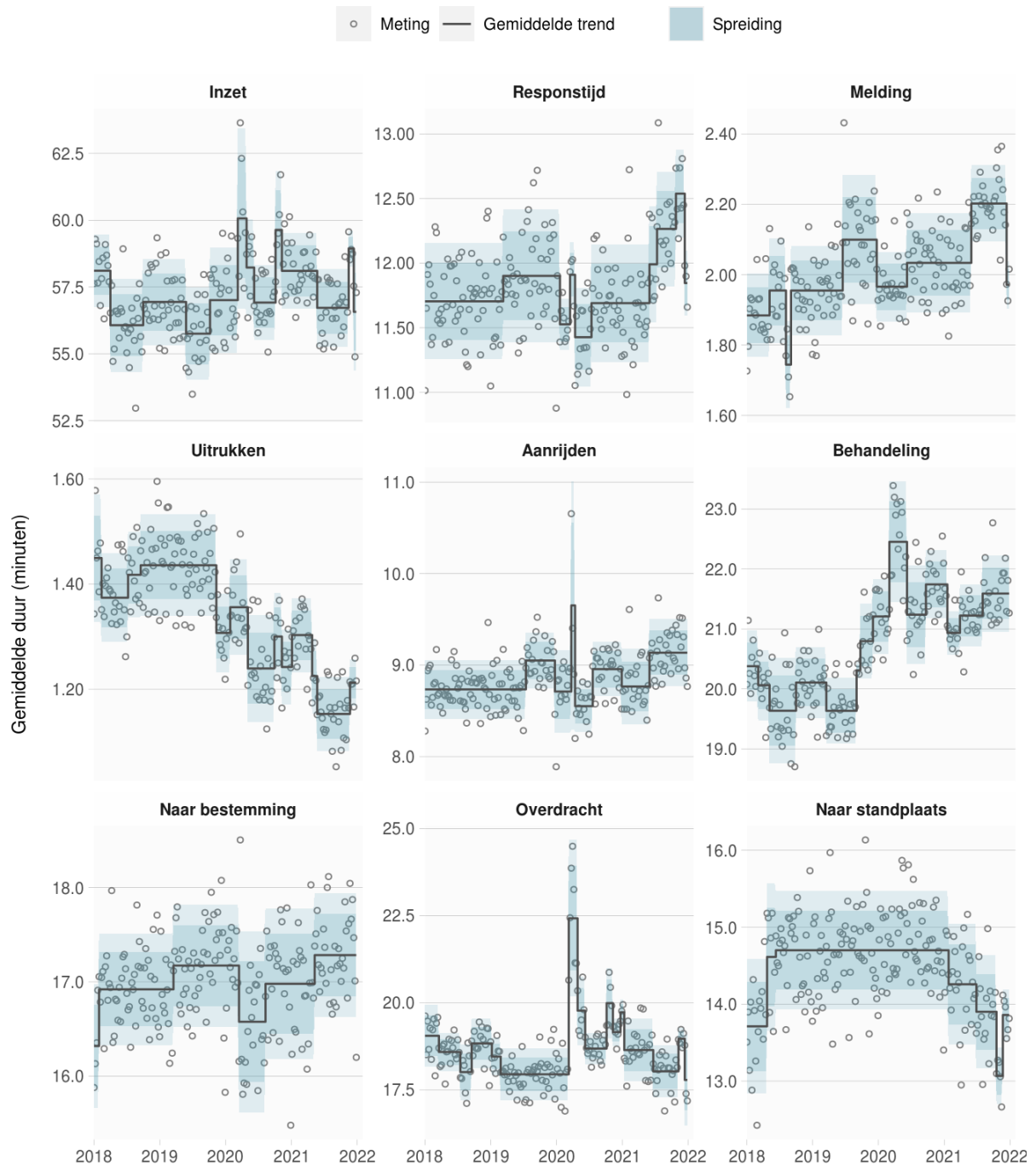
Deze paragraaf toont een trendanalyse over de zorgvraag, de inzetduur (opdrachttijd tot vrijmelding) en het aantal aanrijtjdoerschrijdingen. Deze trends zijn belangrijk om periodiek te monitoren, omdat een hogere zorgvraag of langere inzetijden zorgen voor een grotere belasting op de capaciteit. Dit kan zorgen voor gelijktijdigheidsproblemen met overschrijdingen tot gevolg.

Trendanalyse inzetten, inzetduur en aanrijtjdoerschrijdingen per week



Een verhoging of verlaging van de inzetduur heeft een direct effect op de belasting van ambulances. Een kortere inzetduur zorgt ervoor dat ambulances sneller beschikbaar zijn voor een inzet, waardoor eventuele gelijktijdigheidsproblemen afnemen. Om meer inzicht te krijgen in het verloop van de inzetduur, wordt deze in onderstaande grafiek uitgesplitst in de onderliggende processtappen.

Procestijden



Bovenstaande resultaten tonen een opvallende stijging van het aantal aanrijtjdoerschrijdingen (en de gemiddelde aanrijtijd) vanaf juni 2021. Ook de meldtijd neemt halverwege 2021 sterk toe. Beide zorgen voor een stijging van de gemiddelde responstijd vanaf juli 2021, wat eerder ook al bleek uit een de verslechtering van de A1-prestatie. Het aantal inzetten neemt - na een dip tijdens de eerste Corona uitbraak - stapsgewijs toe. Vanaf halverwege 2021 zijn er meerdere weken die zich kenmerken door een hoog aantal inzetten. Ook de gemiddelde inzetduur ligt hoger dan het niveau van vóór Corona. Dit zorgt ook voor een hogere belasting op de ambulancecapaciteit. De langere inzetduur lijkt vooral te komen door een toename van de behandeltijd.

De stijgende werklast kan een oorzaak zijn van de toename in aanrijtjdoerschrijdingen. Het is ook mogelijk dat vanaf halverwege 2021 andere veranderingen in het dienstrooster of de aansturing van ambulances op de meldkamer zijn doorgevoerd. Het nader onderzoeken hiervan valt buiten de scope van deze analyse.

4. Optimalisatie standplaatsen

In dit hoofdstuk worden de beste alternatieve locaties voor 5 mobiele posten van RAVHM onderzocht. De locatie Leiderdorp is op verzoek van RAVHM niet als mobiele post meegenomen. De optimalisatie is uitgevoerd onder de volgende randvoorwaarden:

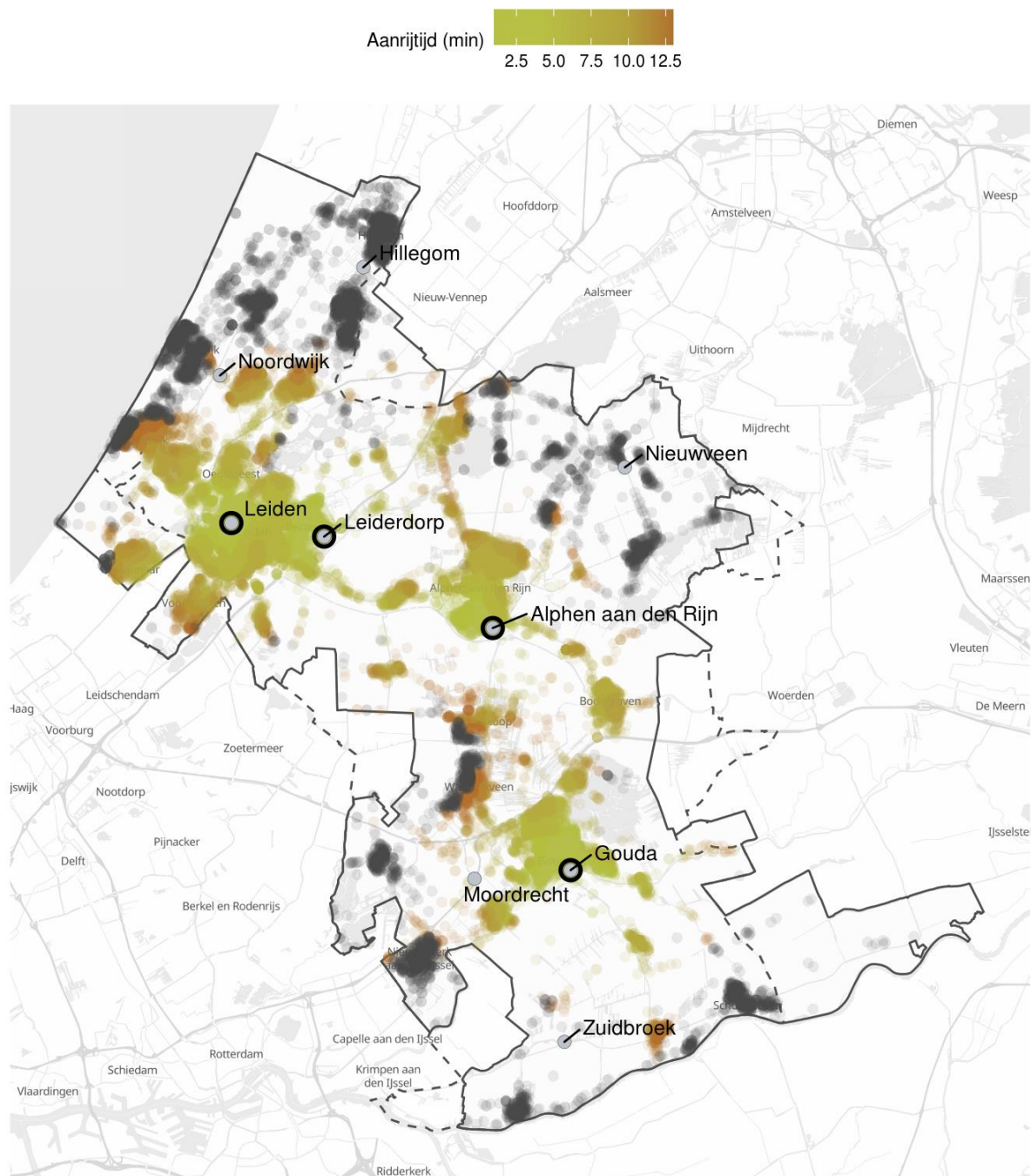
1. Het model maakt en test combinaties van standplaatslocaties uit een vooraf opgestelde lijst met alternatieve locaties. Deze alternatieve locaties worden in de volgende paragraaf beschreven.
2. Het model kiest combinaties van locaties met oog op het minimaliseren van aanrijtijdoverschrijdingen en de gemiddelde aanrijtijd van A1-urgentie.
3. De RijnlandRoute N434 is in de berekening meegenomen als een verbindingsweg met een gemiddelde snelheid van 80km/h tussen knooppunt Ommedijk en knooppunt Hofvliet, zonder tussenliggende op- of afritten.
4. Het model wordt gevoed met de werklast en capaciteit van ALS-ambulances over 2021, aangevuld met een schatting van inzetten door de nieuwe woonkernen.
5. De inschatting voor de aantallen inzetten in de nieuwe woonkernen is aangeleverd door Topicus in overleg met RAVHM (zie bijlage A 'Inzetten nieuwe woonkernen'). De nieuwe woonkernen zorgen naar verwachting voor 6979 extra inzetten voor ALS-ambulances, bovenop de 65859 inzetten uit 2021. Dit aantal is gebaseerd op het aantal woningen dat bijgebouwd wordt en dat aangeleverd is door RAVHM.
6. Het model optimaliseert de aanrijtijden van A1-urgentie inzetten die binnen het verzorgingsgebied vallen volgens het laatste burenhulpconvenant (zie bijlage B 'Verzorgingsgebied').
7. De aanrijtijden zijn berekend met OpenRouteService. Om rekening te houden met onzekerheden in de aanrijtijden (bijvoorbeeld door verkeersdrukke of andere eventuele afwijkingen van het rijtijdenmodel en de praktijk), wordt een 'kans op overschrijding' toebedeeld aan een bepaalde aanrijtijd. Inzetten binnen 10 minuten worden in het model nooit een overschrijding. Hierna loopt de kans op een overschrijding op naar 100% bij een aanrijtijd vanaf 14 minuten. Op deze manier is er geen harde grens in het model en minimaliseert het model op een lagere gemiddelde aanrijtijd in het geval van een 'mogelijke' overschrijding.

In de volgende paragraaf staan de alternatieve standplaatslocaties. Daarna wordt het resultaat van de optimalisatie getoond.

4.1. Alternatieve locaties

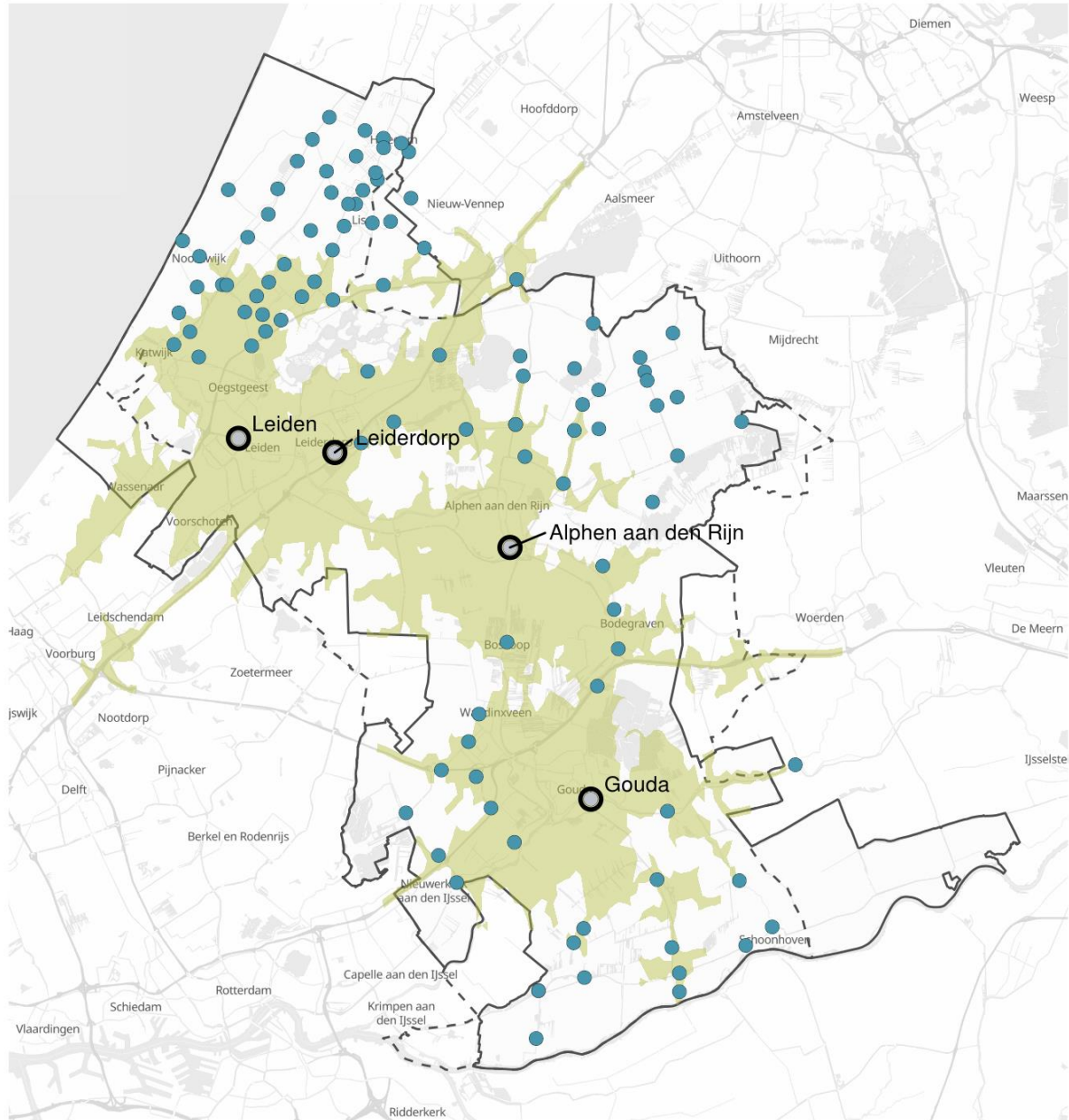
De locaties die verplaatst kunnen worden zijn de 5 mobiele posten van RAVHM: Hillegom, Noordwijk, Nieuwveen, Moordrecht en Zuidbroek. De locaties Leiden, Leiderdorp, Alphen aan den Rijn en Gouda staan niet ter discussie. De onderstaande figuur toont het resultaat van de dekkingsberekening zonder de 5 mobiele posten, om inzicht te geven in de gebieden die daardoor ongedekt worden.

Dekking vaste standplaatslocaties



In de ongedekte of lastig te bereiken gebieden (de rode en zwarte vlekken in de bovenstaande kaart) zijn 100 alternatieve locaties gekozen die in de optimalisatie worden getest. De alternatieve locaties liggen allemaal in gebieden die niet of slecht gedekt worden vanuit de vaste locaties. De locaties zijn zodanig gekozen zodanig dat deze dicht in de buurt van historische inzetten en/of opritten van N- of A-wegen liggen (om het bereik vanaf de locatie te vergroten). De volgende kaart toont de 100 alternatieve locaties.

Alternatieve locaties



In bijlage C staan de exacte adresgegevens van de alternatieve locaties. In de praktijk zullen deze exacte adressen niet haalbaar zijn. De adressen geven daardoor slechts een richting waarin gezocht kan worden. De resultaten uit de analyse zullen anders zijn hoe verder in de praktijk van deze locaties wordt afgeweken.

4.2. Resultaten

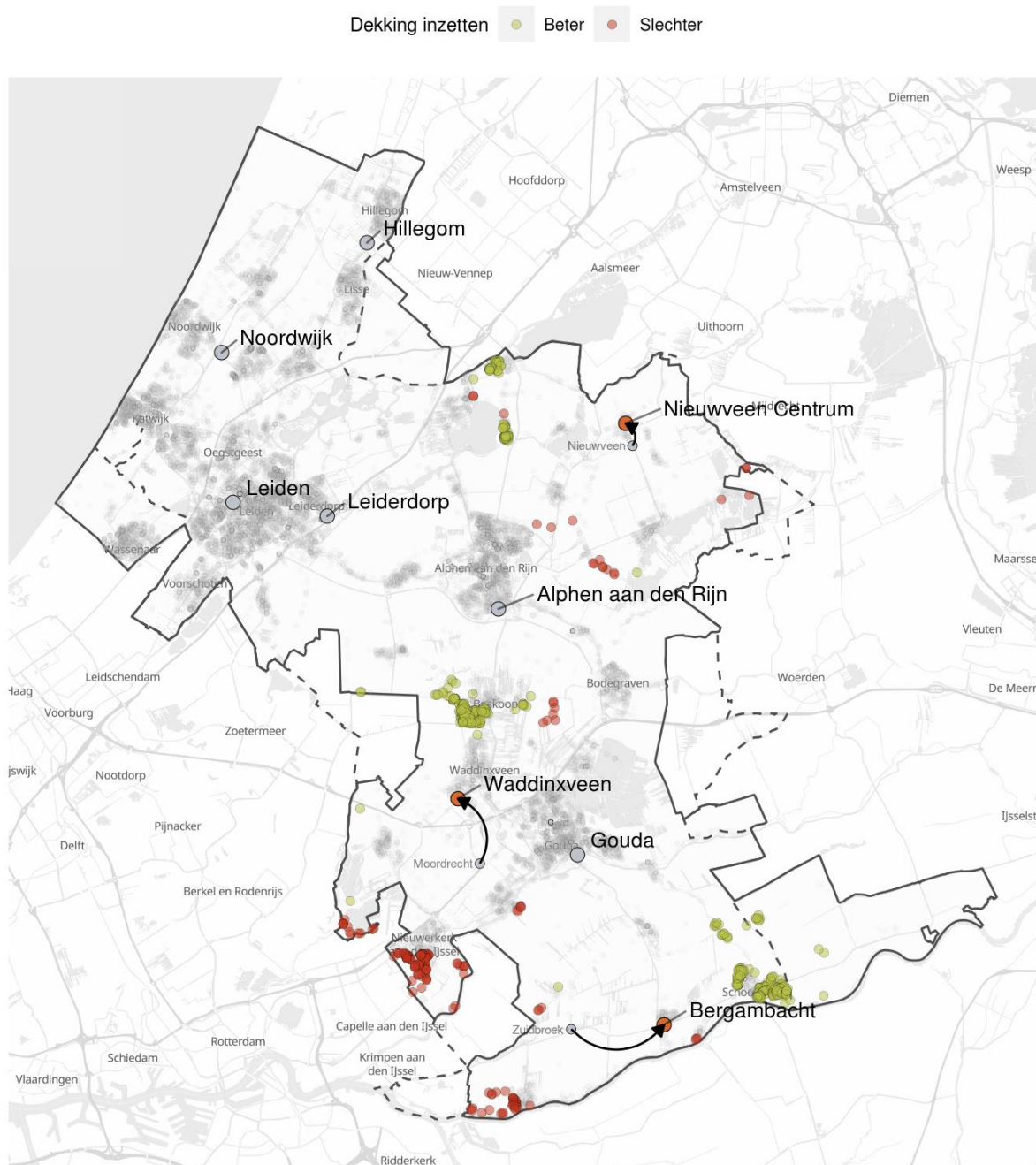
Onderstaande tabel toont de resultaten van de optimalisatie. Het dekkingpercentage is het aandeel inzetten dat binnen de dekking van de locaties valt. Het dekkingpercentage laat twee getallen zien die overeenkomen met een aanrijtijd van 11 en 13 minuten (om rekening te houden met onzekerheden in de berekende aanrijtijden). De gesimuleerde aanrijtijdprestatie is het resultaat van een volledige simulatie van het ambulanceproces, waarin ook de beschikbare ambulancecapaciteit op de locaties wordt meegenomen. In deze berekening wordt daardoor ook rekening gehouden met overschrijdingen die het gevolg zijn van onder andere gelijktijdigheidsproblemen.

Scenario	Locaties	Dekkingspercentage	Gesimuleerde aanrijtijdprestatie
Met huidige mobiele posten	Hillegom, Moordrecht, Nieuwveen, Noordwijk en Zuidbroek	94.87% - 97.04%	(Benchmark)
Geoptimaliseerde locaties	Alphen aan den Rijn, Bergambacht, Gouda, Hillegom, Leiden, Leiderdorp, Nieuwveen Centrum, Noordwijk en Waddinxveen	95.98% - 98.02%	+0.3%

De nieuwe standplaatslocaties zorgen voor een verhoging van het dekkingpercentage van ongeveer 1%, en een verwachte (gesimuleerde) verbetering van de aanrijtijdprestaties van 0.3%.

Het optimalisatiemodel verkiest alternatieve locaties voor Nieuwveen, Moordrecht en Zuidbroek. De adresgegevens van de alternatieve locaties staan in bijlage C. De huidige locaties in Noordwijk en Hillegom komen ook als de beste locaties uit het model. De volgende kaart maakt de verschillen tussen de huidige en optimale locaties inzichtelijk.

Verskil huidige en optimale locaties



De pijlen op de kaart geven aan welke locaties na de optimalisatie zijn verplaatst. De rode stippen zijn inzetten die in de geoptimaliseerde situatie buiten de dekking vallen, de groene stippen vallen nu juist binnen de dekking. De resultaten tonen dat er slechts kleine verbeteringen mogelijk zijn en dat de verwachte prestatiewinst minimaal is. De huidige locaties van de mobiele posten hebben al een zeer goede ligging.

Hieronder staat per locatie een korte duiding van de resultaten.

- **Hillegom en Noordwijk** De huidige locaties van Hillegom en Noordwijk zijn gelijk gebleven, wat betekent dat geen van de alternatieve locaties voor betere prestaties zorgen.
- **Nieuwveen:** De beste locatie voor Nieuwveen is Nieuwveen Centrum, ongeveer 1 kilometer ten noorden van de huidige locatie. De verplaatsing zorgt voor een minimaal prestatieverschil dat in de praktijk waarschijnlijk verwaarloosbaar is.
- **Moordrecht:** De verschuiving van de locatie Moordrecht naar Waddinxveen zorgt voor een betere dekking van het gebied rondom Boskoop. Dit gaat echter ten koste van de dekking aan de regiogrens in het zuidwesten (Nieuwekerk aan den IJssel), waar momenteel al een hotspot van overschrijdingen ligt. De modelmatige win is hier groter dan het verlies, maar het verschil is zodanig klein dat hier geen overtuigend advies voor gegeven kan worden.
- **Zuidbroek:** De grootste impact komt door de verplaatsing van Zuidbroek naar Bergambacht. Dit zorgt voor een betere dekking van Schoonhoven, waar momenteel ook een relatief grote hotspot van overschrijdingen ligt (zie hoofdstuk 'Analyse ambulanceproces'). Deze verschuiving gaat iets ten koste van de dekking in Lekkerkerk. Het verwachte resultaat van de verschuiving is een kleine prestatiewinst van ~0.1-0.2%,

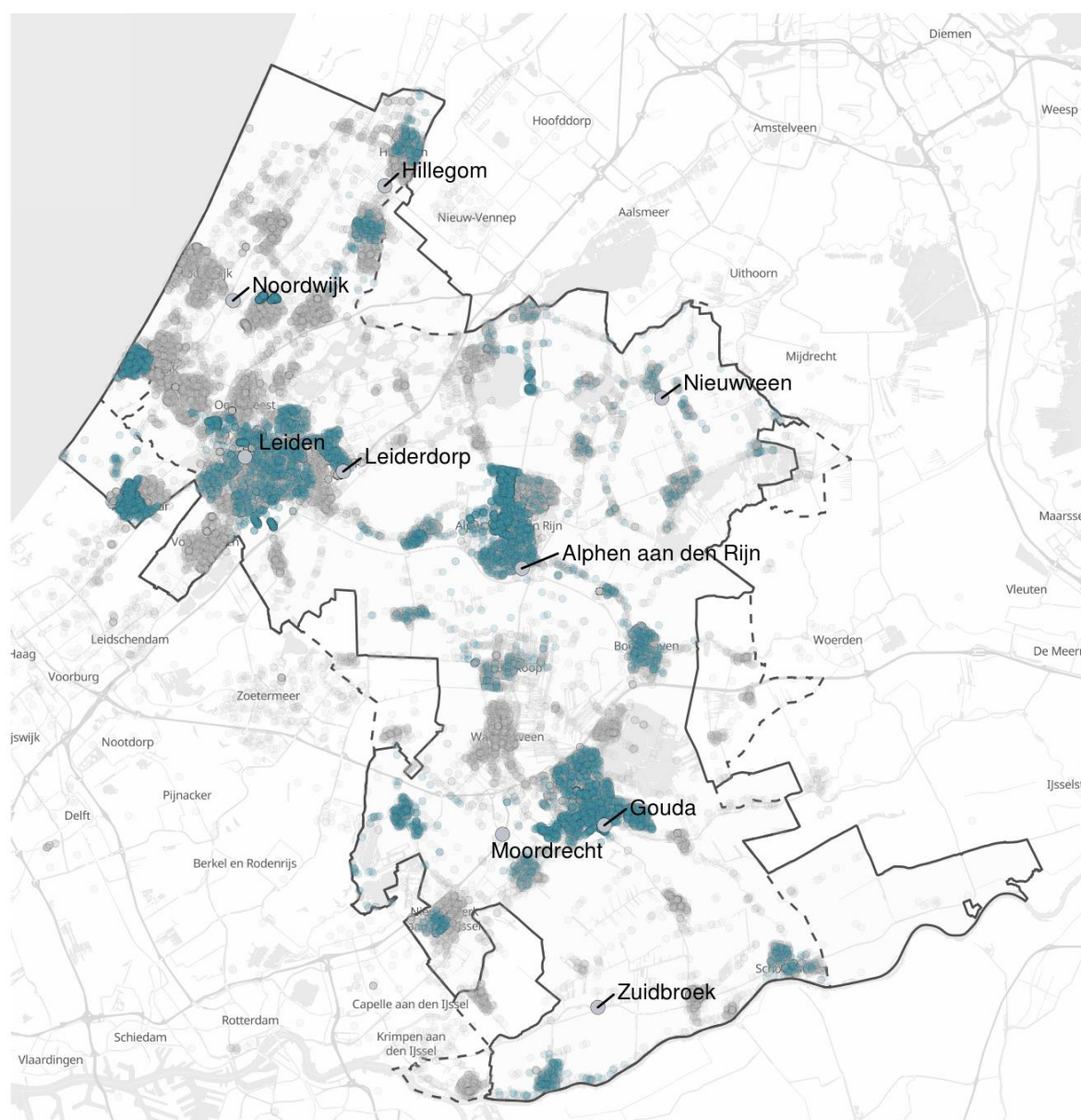
De resultaten uit de analyse zullen anders zijn hoe verder in de praktijk van de alternatieve locaties wordt afgeweken. In het geval dat RAVHM andere locaties in gedachten heeft dan in deze analyse zijn meegenomen kunnen hiervoor aanvullende scenario's worden berekend.

5. Bijlage A - Inzetten nieuwe woonkernen

Een schatting voor toekomstige inzetten in nieuwe woonkernen is gemaakt en aangeleverd door Topicus (bestand '2022-04-15 - Postcodegebieden van Hollands Midden.xlsx'). De aantallen zijn per 4-positie postcodegebied aangeleverd en vervolgens vertaald naar individuele inzetten gebaseerd op de historische patronen van inzetten uit 2021. De nieuwe woonkernen zorgen naar verwachting voor 6979 extra inzetten voor ALS-ambulances. De schatting voor het aantal toekomstige inzetten is gebaseerd op het aantal woningen dat bijgebouwd is, en dat RAVHM uitgevraagd heeft bij de gemeenten in het verzorgingsgebied. Het aantal inzetten door bijbouwen is ontstaan door de zorgvraag lineair te schalen met de zorgvraag per woning in Sassenheim.

De volgende kaart toont de locaties van deze extra inzetten.

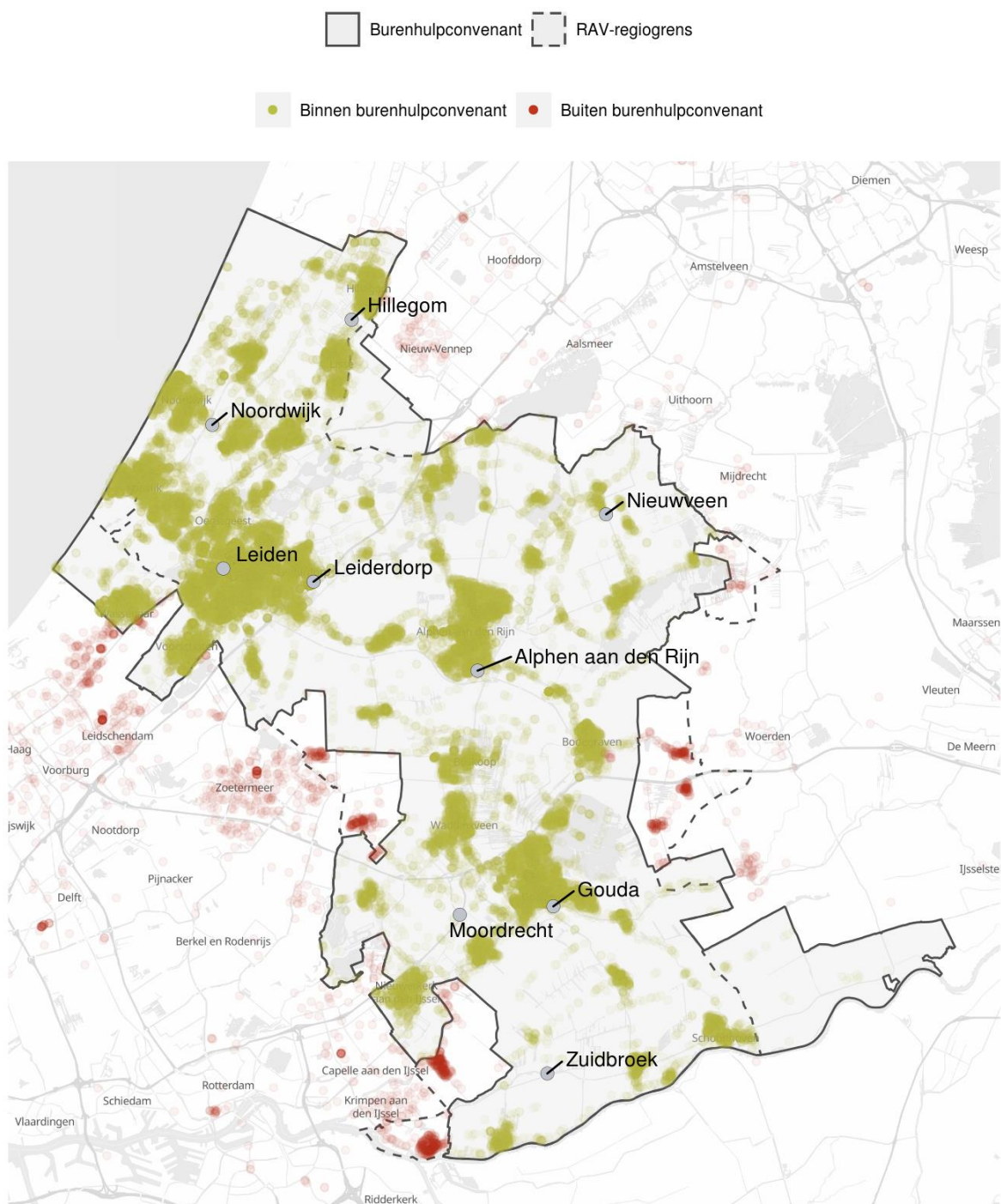
Inzetten in nieuwe woonkernen



6. Bijlage B - Verzorgingsgebied

Onderstaande kaart toont de RAV-regiogrens van RAVHM en relatie tot het verzorgingsgebied volgens het laatste burenhulpconvenant. De data voor deze gebieden is aangeleverd door Topicus (bestand '2022-04-15 - Postcodegebieden van Hollands Midden.xlsx').

Verzorgingsgebied



7. Bijlage C - Details alternatieve locaties

Onderstaande tabel toont de adresgegevens van de alternatieve locaties die zijn gebruikt voor de optimalisatie.

Locatie	Postcode huisnummer	Gps- lengtegraad	Gps- breedtegraad
Aarlanderveen	2445BB 2C	52.143	4.7029
Abbenes Hoofdweg	2157MA 1747	52.229	4.5762
Alphen aan den Rijn Ridderbuurt	2402NJ 6	52.155	4.6758
Beinsdorp	2144KH 1239	52.286	4.5941
Bergambacht	2861EC 35	51.931	4.7845
Bergambacht Het Hooge Zand	2861EZ 5	51.923	4.7845
Bergambacht Kadijk	2861CM 10	51.942	4.7793
Berkenwoude	2825AA 11	51.951	4.7171
Berkenwoude	2825BM 1	51.944	4.7101
Blokland	2441GG 14	52.208	4.7800
Bodegraven	2411CD 1	52.088	4.7386
Bodegraven	2411HK 177	52.071	4.7415
Boskoop	2771CM 96	52.074	4.6632
De Engel	2161CB 383	52.244	4.5404
De Hem	2861GS 2	51.943	4.8312
De Klei	2201CZ 19	52.217	4.4322
De Zilk	2191AM 66	52.301	4.5381
Elsbroek	2182DN 10	52.288	4.5763
Haastrecht	2851BN 34	52.001	4.7762
Hillegom Arnoudstraat	2182DZ 15	52.274	4.5720
Hillegom Endelaan	2181EL 70	52.292	4.5763
Hillegom stad	2181AG 39	52.290	4.5889
Hillegom Veenenburgerlaan	2182DB 69	52.285	4.5570
Hillegom Vredelaan	2182CV 3	52.296	4.5632

Hoogmade	2355AM 3	52.170	4.5836
Katwijk aan Zee	2222AK 2	52.203	4.4287
Keukenhof	2161AN 11	52.269	4.5396
Leiderdorp Bospolder	2353XZ 11	52.160	4.5606
Leimuiden Bilderdam	2451CX 33	52.212	4.7238
Leimuiderbrug	2155MT 378	52.231	4.6699
Lekkerkerk	2941BK 157	51.903	4.6837
Lekkerkerk Kerkweg	2941LA 279	51.924	4.6853
Lisse Bönninghausenlaan	2161ET 56	52.264	4.5516
Lisse Delfweg	2161AV 123	52.278	4.5361
Lisse Kanaalstraat	2161JZ 268	52.256	4.5684
Lisse Loosterweg Zuid	2161DT 17A	52.252	4.5250
Lisse Noord	2161AC 21A	52.270	4.5617
Lisserbroek Magnoliastraat	2165CK 71	52.256	4.5812
Lisse Roozentuin	2161AX 1	52.264	4.5567
Lisse Zuid	2161BV 318	52.254	4.5485
Loet	2941LA 279	51.924	4.6853
Moordrecht Kerklaan	2841XJ 4	51.988	4.6684
Nieuwerkerk aan den IJssel De Vijf Boeken	2911BL 12	51.970	4.6277
Nieuwerkerk aan den IJssel Parallelweg Noord	2913LH 12	51.982	4.6150
Nieuwkoop	2421LC 22	52.155	4.7832
Nieuwkoop Zuideinde	2421AB 53	52.135	4.7657
Nieuwveen Centrum	2441CC 1	52.197	4.7569
Nieuwveen Schoterweg	2441LB 1	52.177	4.7688
Nieuwveen Zuid	2441CB 44	52.191	4.7601
Nieuw-Vennep	2151MA 1453	52.245	4.6049
Nieuw-Vennep	2151MR 1615	52.266	4.5956
Noorden	2431AS 3	52.170	4.8283

Noordwijk Centrum	2203JM 260	52.241	4.4468
Noordwijk De Hooge Krocht	2201TX 2E	52.209	4.4401
Noordwijk Duindamseweg	2204AR 19	52.270	4.4670
Noordwijkerhout Noord	2211ZA 35	52.270	4.5018
Noordwijkerhout Oosterduinen	2211ZB 26	52.282	4.5156
Noordwijkerhout Viaductweg	2211GR 61	52.259	4.4951
Noordwijkerhout Zuid	2211WL 45	52.249	4.4807
Noordwijk Goldweg	2202JH 37	52.248	4.4349
Noordwijk Oost	2203LB 52	52.229	4.4629
Noordwijk Zuid	2201AE 51	52.228	4.4451
Oegstgeest	2343JD 1	52.202	4.4835
Oud Ade	2374AL 14	52.191	4.5652
Oudewater	3421GG 23	52.021	4.8661
Papenveer	2461EE 28	52.183	4.7277
Reeuwijk	2811MZ 205	52.055	4.7268
Rijnsaterwoude Kerkweg	2465AN 21	52.198	4.6724
Rijnsburg	2231NL 22	52.198	4.4462
Roelofarendsveen	2371TS 5	52.198	4.6157
Ruigenhoek	2211VJ 442	52.292	4.5262
Sassenheim	2172JZ 4	52.222	4.5407
Sassenheim Hoofdstraat	2171BM 182	52.224	4.5188
Sassenheim Noord	2171BT 324	52.230	4.5277
Sassenheim Rijksstraatweg	2171AL 36	52.209	4.4932
Sassenheim Warmonderweg	2171AH 41	52.214	4.5041
Schoonhoven	2871GP 3	51.951	4.8499
Stolwijk	2821BA 35	51.972	4.7688
Ter Aar	2461ES 45A	52.166	4.7106
Ter Aar Kerkweg	2461GN 88	52.167	4.7278

Ter Aar Langerarseweg	2461CE 45	52.193	4.7107
Ter Aar Noord	2461EG 63A	52.177	4.7164
Vlist Fransekade	2855AT 7	51.971	4.8267
Voorhout	2215NA 1	52.217	4.4787
Voorhout Buxushaag	2216AE 86	52.230	4.4955
Voorhout Jacoba van Beierenweg	2215KW 99	52.238	4.5065
Voorhout Jan van der Jagtstraat	2215MG 2	52.224	4.4870
Voorhout Nijverheidsweg	2215MH 2	52.216	4.4911
Waddinxveen	2742KK 44	52.031	4.6361
Waddinxveen Overslagweg	2742RJ 2	52.016	4.6415
Woubrugge	2481NA 12	52.169	4.6692
Woubrugge Herenweg	2481NC 136	52.189	4.6746
Woubrugge Kerkweg	2481KC 20	52.166	4.6344
Woubrugge Kruisweg	2481NA 12	52.169	4.6692
Zevenhoven	2435AJ 1	52.180	4.7830
Zevenhuizen	2761KB 122	52.019	4.6170
Zevenhuizen Zuidplasweg	2761JK 13	52.001	4.5920
Zuidplas	2742XG 1	52.043	4.6435
Zwammerdam Lindenhovestraat	2471XJ 1	52.107	4.7306

Vergadering d.d. 19 oktober 2022
AB-22-29

Onderwerp: Inzet op gelijke kansen op gezondheid in HM
Van: Directie
Opgesteld door: Projectteam Gelijke kansen
Datum: 05-10-2022

Korte omschrijving

Er zijn onacceptabele gezondheidsverschillen in de samenleving. Hieronder ligt een breed maatschappelijk probleem van een groeiende ongelijkheid. Het Ministerie van VWS wil inzetten op het verkleinen van deze verschillen en heeft dat in het Integraal Zorgakkoord (IZA) tot één van de prioriteiten gemaakt. Ook gemeenten en hun GGD'en worden hierin meerdere malen genoemd en krijgen de opdracht hier actief mee aan de slag te gaan.

Het AB heeft in oktober 2021 besloten om te onderzoeken hoe gezamenlijk kan worden opgetrokken bij het bewust inzetten op interventies en aanpakken die aantoonbaar bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.

In de consultatiefase is bij alle gemeenten getoetst hoe ze kijken naar het starten van een beweging rond het thema 'gelijke kansen op gezondheid' in Hollands Midden en zijn de contouren van de aanpak voor de beoogde beweging besproken.

Uit de gesprekken zoals voor de zomer zijn gehouden, blijkt dat het belang van het thema niet ter discussie staat. We denken dat ongeveer 70.000 mensen in de regio een mogelijke ongelijke kans op gezondheid hebben in de regio.

Samenvattend is in de consultatiefase een overwegend positief advies gegeven ten aanzien van het verder uitwerken van de contouren van de beoogde beweging. Er zijn daarbij ook verschillende discussiepunten naar voren gekomen. In de periode juni tot oktober zijn nieuwe portefeuillehouders geïnformeerd en bestaande discussiepunten verder uitgediept.

We zien ook dat er al veel gebeurt op dit thema. Met deze beweging willen we daarom vooral iets anders en additioneel doen. Omdat we zien dat het nu niet goed genoeg gaat en omdat niks doen geen optie is. In de gesprekken zijn de beoogde activiteiten van de beweging getoetst. We hebben niet het beeld dat door deze activiteiten ongelijkheid gelijk uitgebannen zal zijn, maar het is een goed begin, het biedt handelingsperspectief en het creëert verbinding over domeinen, organisaties en netwerken heen, aanvullend op wat er al gebeurt.

Ter vergadering zullen de bevindingen worden gepresenteerd. Deze bevindingen zijn vóór de AB-vergadering van 19 oktober ook met de betrokken ambtenaren gedeeld. De bijlage zoals nu bijgevoegd is de presentatie zoals voorlag in juni en die toen niet aan bod is gekomen. Ter vergadering worden ook de uitkomsten van de bijeenkomsten van na 30 juni toegelicht.

Uit de gesprekken met bestuurders en ambtenaren blijkt een grote behoefte om een concreter beeld te krijgen van de manier waarop de beweging Gelijke Kansen op Gezondheid ingericht kan worden. Dit betreft zowel de uitwerking van de doelstellingen als de middelen die ingezet worden om als regio stappen te zetten.

Voorstel is om samen met vertegenwoordigers van gemeenten een compleet actieplan voor de beweging uit te werken met een schets van de activiteiten in het programma, de taakverdeling tussen gemeenten en de GGD en een bijbehorende begroting. Planning is om dit in maart 2023 te kunnen presenteren.

Belangrijk aandachtspunt daarbij is de samenhang tussen dit traject, de uitwerking van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de uitwerking van het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). De ontwikkelingen op dit terrein gaan snel.

	Verwachting is dat er in december meer duidelijkheid is over de beschikbare financiering vanuit VWS aan gemeenten en GGD'en om samen aan de slag te gaan. Er is overleg nodig tussen zorgverzekeraars, gemeenten en GGD.
Financiële aspecten	De inzet voor de verlenging van de consultatie en verdere uitwerking wordt in 2022 bekostigd uit de financiële middelen effecten corona van VWS. De kosten vanaf januari tot maart 2023 worden bekostigd uit de lopende begroting van Hecht vanuit de financiering voor het terugdringen van de maatschappelijke effecten van corona.
Eerder genomen besluiten	Opdracht om een consultatiefase te starten. (AB oktober 2021)
Voorgenomen besluiten	Opdracht verstrekken aan Hecht voor het samen met vertegenwoordiging vanuit de regiogemeenten uitwerken van een actieplan voor de beweging Gelijke Kansen op Gezondheid inclusief bijbehorende begroting.
Bijlagen	AB-22-29a Presentatie



Gelijke kansen op gezondheid

Een positieve beweging in Hollands Midden!



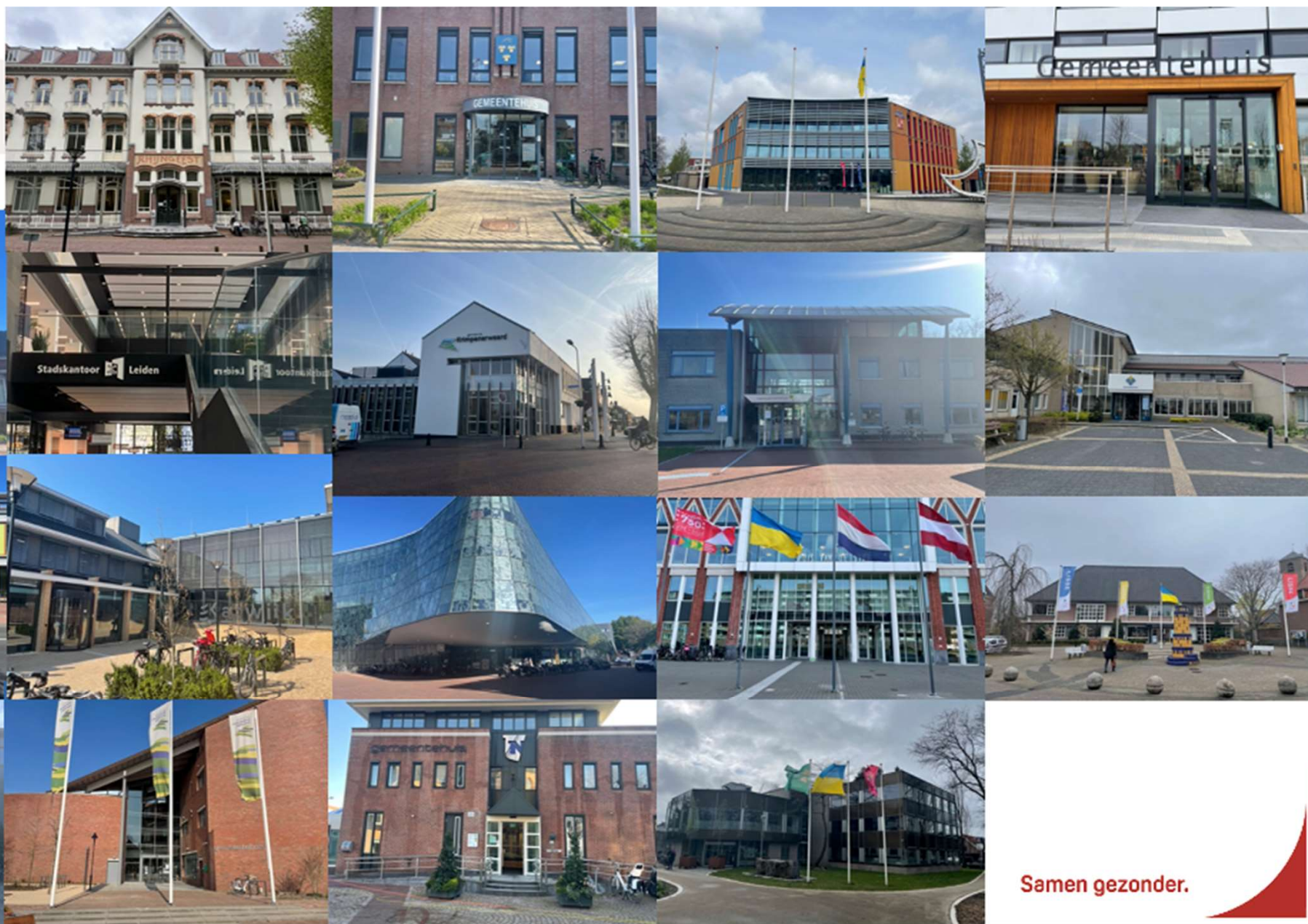
Samen gezonder.



Agenda

- **Samenvatting**
- **Discussiepunten en inzichten**
- **Uitkomsten gesprekskaart toegelicht**
 - Toelichting 'getoetste beeld'
 - Samenvatting van uitkomsten

Hecht

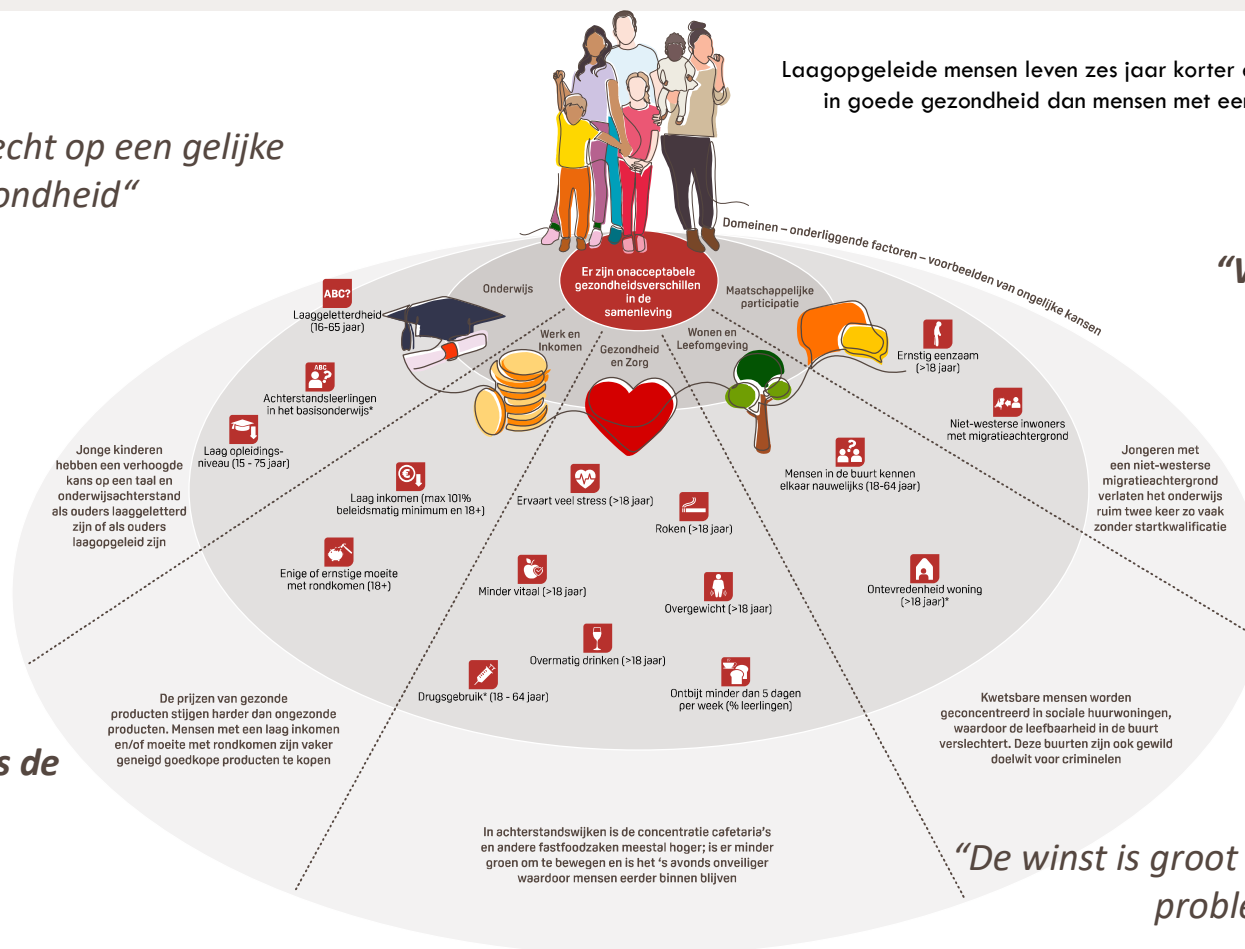


Samen gezonder.

Er zijn onacceptabele gezondheidsverschillen in de samenleving. Hieronder ligt een breed maatschappelijk probleem van een groeiende ongelijkheid

“Een inwoner heeft recht op een gelijke kans op gezondheid”

Laagopgeleide mensen leven zes jaar korter en vijftien jaar minder in goede gezondheid dan mensen met een hoge opleiding¹



“We hebben nog een flinke slag te slaan”

“De grootste uitdaging is de doelgroep bereiken”

“De winst is groot als je een inter-generatieel probleem doorbreekt”

Samen gezonder.



Samen gezonder.

	Gemeente 1	Gemeente 2	Gemeente 3	Gemeente 4	Gemeente 5	Gemeente 6	Gemeente 7	Gemeente 8	Gemeente 9	Gemeente 10	Gemeente 11	Gemeente 12	Gemeente 13	Gemeente 14	Gemeente 15	Gemeente 16	Gemeente 17	Gemeente 18
Belang en motivatie																		
Gezondheidsverschillen en ongelijkheid																		
Omvang																		
Motivatie																		
Verantwoordelijkheid																		
Grondhouding																		
Strategische lijnen																		
Vorm																		
Troeven																		
Kennis																		
Ontmoeten																		
Scope																		
Duur																		
Generator																		
Houding																		
Kosten en baten																		
Financiering beweging																		
Financiële bijdrage																		
Inbreng partners																		
Baten																		
Terugverdienen investering																		
Vervolg																		
Advies																		
Volgende stap																		
Kwartier maken																		
Tot slot																		
Ideeën																		
Valkuilen																		

- ✓ Belang en motivatie (circa 70.000 mensen met mogelijke ongelijke kansen op gezondheid in Hollands Midden)
- ✓ Langdurige beweging
- ✓ Type activiteiten – TROEVEN, kennis en ontmoeten
- ✓ Brede scope - domeinoverstijgend
- ✓ Regionale generator/motor
- ✓ Baathebbers financieren mee
- ✗ Gemeentelijke bijdrage
- ✓ Baten en mogelijkheden terugverdienen
- ✓ Overwegend positief advies om contouren verder uit te werken

- In aantal gesprekken zijn door tijdsdruk niet alle vragen behandeld
- Een aantal vragen/onderwerpen zijn wellicht niet goed geformuleerd

- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet
- Grijs = niet besproken of geen antwoord

Samen gezonder.

Discussiepunten

Algemene discussiepunten

- Beweging versus andere programma's (Landelijk en regionaal)
- Aansluiting van alle domeinen – meer dan gezondheid
- Laten meedoen van de doelgroep
- Wat ligt bij de landelijke overheid (wet- en regelgeving) versus wat kan de gemeente doen?

Management beweging/generator

- Positionering van beweging t.o.v. Hecht en Gemeenten – Waar ligt het eigenaarschap?
- Organisatie/management van de beweging en niveau van acteren (sub-regionaal – lokaal)
- Bemensing van een generator

Activiteiten van de beweging/generator

- Inrichting en aansturing van brede kennisdeling
- Waarde van het ondersteunen van TROEVEN bepalen
- Inrichting en aansturing van brede kennisdeling
- Vorm geven aan ontmoeten
- Actief houden van de beweging

Kosten en baten

- Betrekken van baathebbers bij financiering van de beweging
- Identificatie en monitoring baten
- Begroting jaar 1-3





Discussiepunten en inzichten

Samen gezonder.

GEZONDHEID

VERSCHILLEN

ONGELIJKHEID

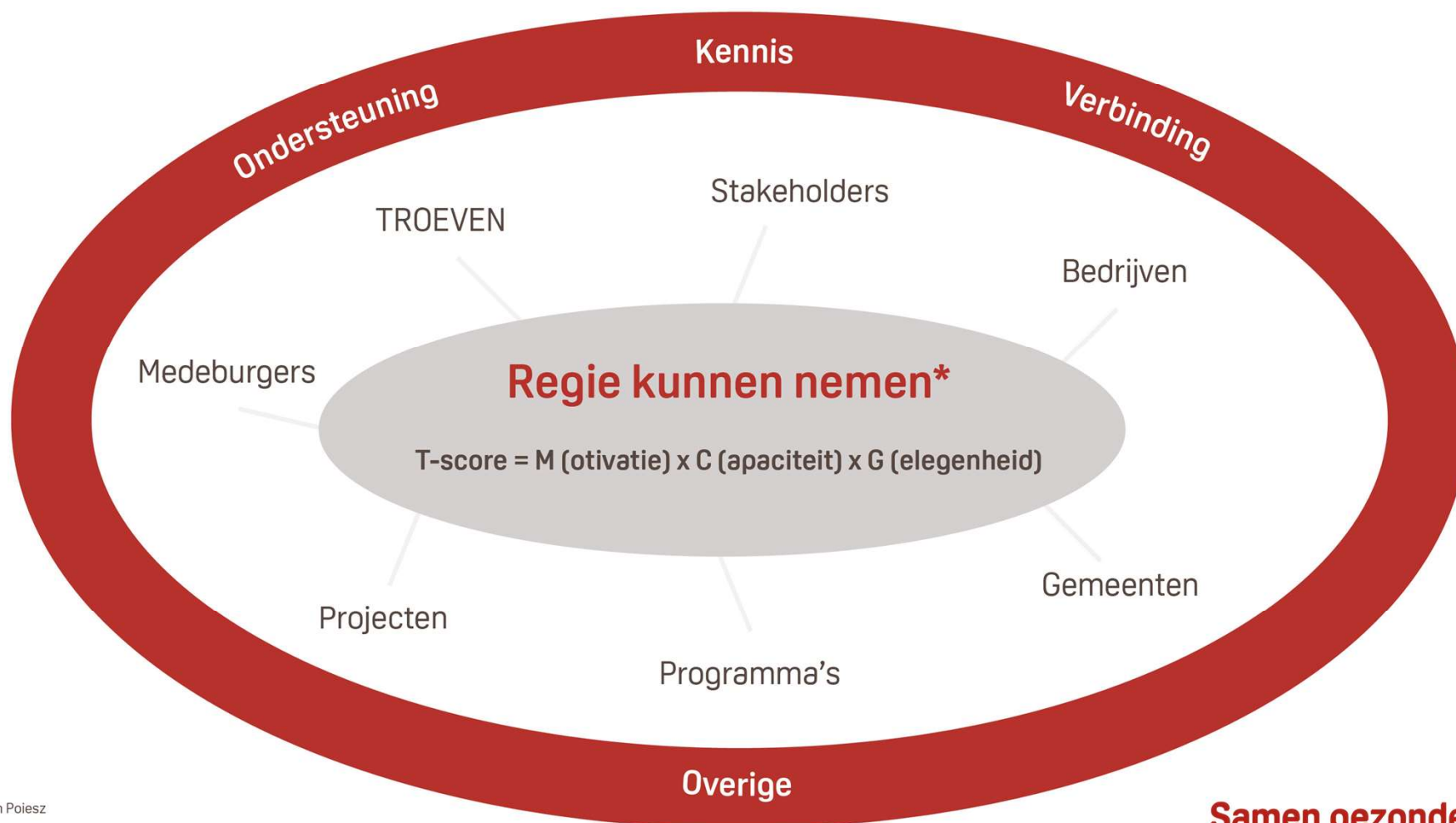
(objectieve ongelijkheid)

Ongelijkheid is een complex onderwerp waar te weinig aandacht voor is.

Het is moeilijk om mensen met ongelijke kansen te bereiken. Deze groep profiteert in de praktijk minder van gezondheidsbevorderend beleid en maatregelen en blijft achter. Dit terwijl ze de groep zijn waar de meeste impact gemaakt kan worden

Mensen met ongelijke kansen verdienen daarom een TROEF

Samen gezonder.



* Triade-model van Poiesz



In het verhalenboek 'Gezichten van een onzeker bestaan' laat de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving zich meenemen door 14 mensen in hun jarenlange bestaan in onzekerheid. De verhalen laten zien wat bestaansonzekerheid met mens en gezondheid doet en hoe moeizaam de weg hieruit in Nederland is.

Stel in iedere gemeente:

1 gezin uit de bijstand =
 $18 \times 1 \times €20.000 = €360.000$

5 kinderen die niet in de jeugdzorg belanden =
 $18 \times 5 \times €8.800^* = €528.000$

(*bron = www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/lek-jeugdzorg-moet-kaart-worden-gebracht)

Een agent een dag in de maand minder inzetten =
 $18 \times 1 \times €200^{**} \times 12 = €43.200$

(**bron = Kom bij de politie)

Een persoon die diabetes type 2 weet te voorkomen =
 $18 \times 1 \times €1450 = €26.100$

(***bron = <https://www.vzinfo.nl/diabetes-mellitus>)



Samen gezonder.

Onderwijs

- Gelijke kansen alliantie
- Tel mee met Taal

Werk en inkomen

- Jeugdfonds Sport en Cultuur
- Volwassenenfonds
- Stichting Leergeld
- Programma Schouders Eronder
- Schuldenlab

Gezondheid

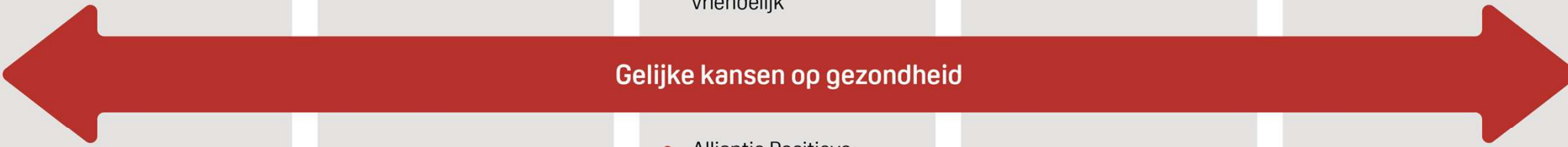
- JOGG
- Wijzer in de Wijk
- Kansrijke Start
- 18-maanden huisbezoek
- Rookvrije Generatie
- Welzijn op Recept
- Collectieve Zorgverzekering voor Minima (Z&Z)
- Nu Niet Zwanger
- Samen dementievriendelijk

Wonen

- Programma Langer Thuis

Overige

- Coalitie tegen Eenzaamheid
- Collectief informele steun
- Home-Start



Gelijke kansen op gezondheid

- Alliantie Positieve Gezondheid
- Beweegprogramma Lekker in je Lijf

Samen gezonder.



In alle gemeenten zijn TROEVEN actief

Lokale TROEVEN, zoals:

Reuring, Noordwijk

'Het doel van Reuring is om te luisteren naar mensen, wat hun wensen zijn, wat er nodig is om hen in hun kracht te zetten, zodat zij weer mee kunnen doen in onze samenleving.'

Combibrug, Teylingen

'Organiseren en begeleiden van sportieve en creatieve activiteiten voor jong en oud.'

De Papierwinkel, Kaag en Braassem

'Ondersteunt mensen die het zelf lastig vinden bij hun financiële administratie.'

Bousa, Bodegraven-Reeuwijk

'Bousa helpt kinderen en hun opvoeders, waarvan de opvoeders migrant, laag opgeleid en/of laaggeletterd zijn, en ondersteunt met taal, onderwijs en ouderbetrokkenheid.'

Ontmoetingswerkplaats De Jojo, Teylingen

'Brengt mensen samen. Mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt, kwetsbare of eenzame mensen, statushouders en mensen die elders moeilijk aansluiting vinden in de samenleving. Om elkaar te ontmoeten, te praten, samen te werken en van elkaar te leren.'

Sub-regionale TROEVEN, zoals:

TOM in de buurt, Alphen aan den Rijn, Kaag en Braassem en Nieuwkoop

'Talent. Ondersteuning. Meedoen. Samen zorgen voor informatie, advies en ondersteuning thuis of in de buurt.'

Welzijnskompas, Lisse en Hillegom

'Helpt mensen bij zelf- of samenredzaamheid.'

Welzijnswartier, subregio bollenstreek

'Brengt mensen die aan de kant staan weer in beweging en laat ze weer meedoen.'

JES Rijnland, o.a. Noordwijk, Katwijk, Teylingen, Kaag en Braassem, Oegstgeest, Leiden, Leiderdorp, Zoeterwoude, Voorschoten

'JES Rijnland streeft ernaar gelijke kansen in het onderwijs en in de samenleving te vergroten door ondersteunende, aanvullende en verrijkende programma's voor kinderen en jongeren van 0-18 jaar én hun ouders aan te bieden.'

Regionale en Landelijke TROEVEN, zoals:

Stichting Lumen, regio Holland Rijnland

'Stichting Lumen zet zich in voor mensen met psychische, psychosociale en verslavingsproblematiek in de regio.'

Schuldhulpmaatjes, Landelijk

'Helpt mensen met geldzorgen met begeleiding en advies over hun financiële huishouding.'

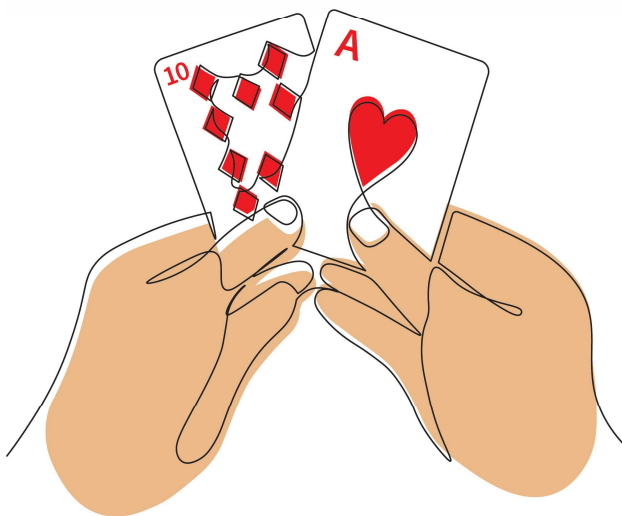
Stichting Leergeld, Landelijk

'Stichting Leergeld wil kinderen, naar eigen keuze, mee laten doen op vier verschillende gebieden: Onderwijs, Sport, Cultuur en Welzijn.'

Samen gezonder.

TROEVEN zijn initiatieven, organisaties of samenwerkingsverbanden die zich met diensten, activiteiten, producten of interventies richten op mensen met een ongelijke kans op gezondheid

Deze TROEVEN hebben een weg gevonden naar de doelgroep en een manier gevonden om in de behoeftes van de doelgroep te voorzien. Door knelpunten en obstakels weg te nemen voor deze TROEVEN kan hun impact worden vergroot. TROEVEN worden aangemoedigd hulpvragen te stellen die vervolgens op creatieve wijze, vaak immaterieel, kunnen worden ingevuld



Hulpvragen van TROEVEN:

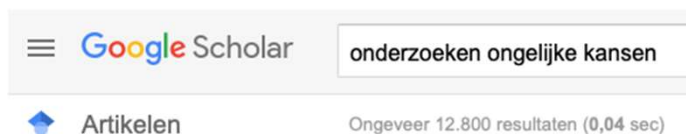
- Deskundigheidbevordering van vrijwilligers
- Deskundigheidbevordering van bestuurders
- Te kort aan marketing kennis – vergroten van exposure
- Inzicht in benaderen van de doelgroep – gebrek aan kennis
- Benaderen van sponsors
- Aanvragen van subsidies
- Gebruik van social media
- Sparren met een vergelijkbaar initiatief
- Werving van vrijwilligers
- Behoud van vrijwilligers
- Gebrek aan middelen
- Gebruik van fysieke ruimtes
- In contact willen komen met iemand – netwerk
- Trainingen voor medewerkers

Samen gezonder.

Er is veel kennis beschikbaar



Kenniscentrum Gezonde Groene Leefomgeving



Ongelijkheid kan beter worden tegengegaan wanneer actoren (stakeholders, TROEVEN, instanties, programma's, etc) in de regio meer kennis hebben over het thema

Hoe kunnen we actoren voorzien van toegankelijke kennis?

- Halen (centrale kennisbank) of brengen (kennis aanreiken in kleine hoeveelheden)
- Samenwerken met kennispartners (wel niet opnieuw uitvinden)
- Gebruikmaken van bestaande kanalen en netwerken (bestaande communicatielijnen) om kennis te delen
- Nieuwe kennis ontwikkelen door onderzoek te starten naar doelgroep en TROEVEN en data te combineren tot nieuwe inzichten

Samen gezonder.

TROEVEN

Kennis

Ontmoeten

Landelijk

- Ministeries
- Kennisinstituten

Regionaal

- Hecht
- Samenwerkingsverbanden
- Netwerken

Sub-regionaal

- Samenwerkingsverbanden
- Netwerken

Lokaal

- Gemeenten
- TROEVEN
- Stakeholders

Support en verbinden van de TROEVEN vanuit generator van de beweging Platform?

Organisatie van de TROEVEN door hen zelf

Activiteiten van de TROEVEN

Onderzoeken en rapporten

Vergaren en toegankelijk maken van kennis vanuit generator van de beweging Platform?

Delen van kennis via bestaande kanalen

Organiseren van ontmoetingen vanuit generator van de beweging

Ontmoetingen

Ontmoetingen

Samen gezonder.

Het vergroten van gelijke kansen op gezondheid kan een potentieel breed effect hebben op de gemeente begroting

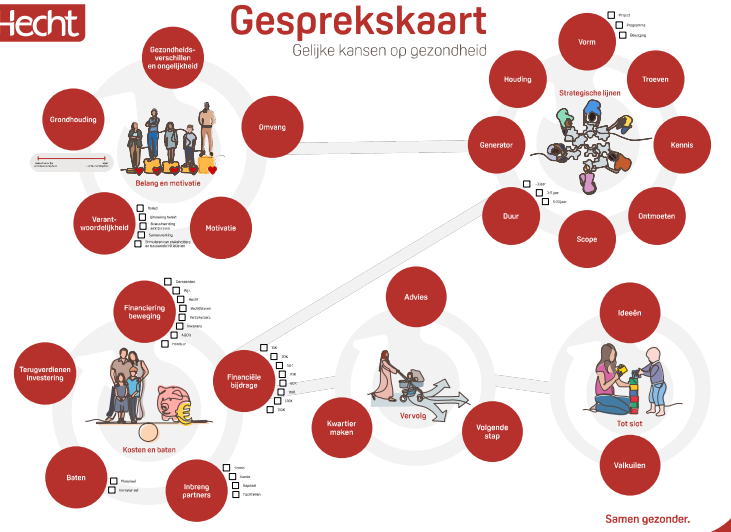
Bestuur en ondersteuning	Openbare veiligheid <i>Bijv. minder inzet politie en handhaving</i>	Verkeer, vervoer en waterstaat	Economie
Sport, cultuur en recreatie <i>Bijv. meer participatie aan (sport) activiteiten</i>	Sociaal Domein <i>Bijv. minder uitgaven WMO</i>		
Onderwijs <i>Bijv. minder inzet op leerlingenzorg en schoolverlaters</i>	WMO	Begeleide participatie	Geëscaleerde zorg 18+/18-
	Wijkteams	Inkomensregelingen	Maatwerk dienstverlening 18+/18-
			Volkshuisvesting, ruimtelijke ordening en stedelijke vernieuwing <i>Bijv. meer gebruik openbare ruimte</i>
			Volksgesondheid en milieu <i>Bijv. minder inzet gezondheidsbevordering</i>



Uitkomsten

Gesprekskaart

Gelijke kansen op gezondheid



Samen gezonder.

Zijn er gezondheidsverschillen en is er kansenongelijkheid in de gemeente?

Uitkomsten:

- Alle gemeenten geven aan dat er gezondheidsverschillen zijn en er ongelijkheid op gezondheid is
- De meer welvarende gemeenten geven aan dat de verschillen in hun gemeenten kleiner zijn



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Ja”

“Wel minder groot dan in andere gemeenten”

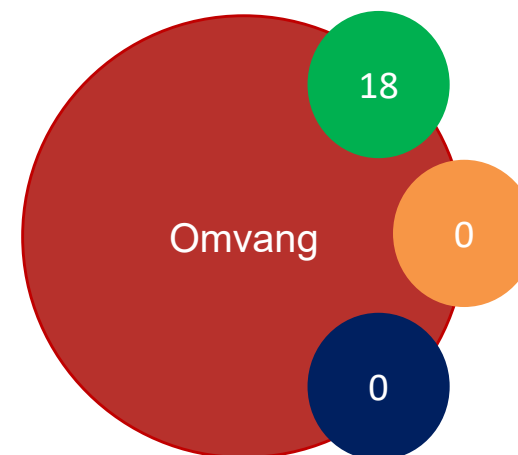
Samen gezonder.

Hoeveel mensen in de gemeente hebben mogelijk een ongelijke kans op gezondheid?

Uitkomsten:

- Om de omvang in te schatten is voor iedere gemeente een 'infographic' gemaakt. Deze werden zeer gewaardeerd
- In de tabel staat de inschatting van het aantal mensen met een ongelijke kans op gezondheid in de gemeente
- Let op: dit is een ruwe schatting gemaakt door de gemeenten tijdens het gesprek op basis van de infographic

	Totaal aantal inwoners	Inwoners met een ongelijke kans op
Alphen aan den Rijn	112.587	10.000
Bodegraven-Reeuwijk	35.278	2.000
Gouda	73.681	7.500
Hillegom	22.197	2.500
Kaag en Braassem	27.541	2.750
Katwijk	65.995	5.000
Krimpenerwaard	56.622	9.500
Leiden	124.093	12.500
Leiderdorp	27.377	2.450
Lisse	22.982	1.750
Nieuwkoop	29.151	1.250
Noordwijk	44.062	1.500
Oegstgeest	25.064	1.000
Teylingen	37.791	1.500
Voorschoten	25.650	3.500
Waddinxveen	30.476	3.000
Zoeterwoude	8.843	500
Zuidplas	45.064	4.000
Totaal Hollands Midden	814.454	72.200



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“We hebben hier ook achterstandswijken met weinig diversiteit in bewoners”

“De grootste uitdaging is de doelgroep bereiken”

“Dit is een zeer grove schatting, het kan meer of minder zijn”

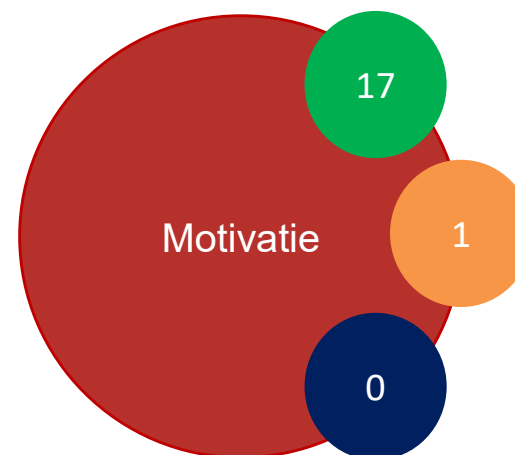
Samen gezonder.

Vindt het college het belangrijk dat er iets aan deze kansenongelijkheid op gezondheid en gezondheidsverschillen gebeurt?

Is er binnen het college motivatie om hier iets aan te doen?

Uitkomsten:

- Alle gemeenten zijn gemotiveerd om aan ongelijkheid te werken
- De meeste gemeenten geven aan al veel te doen aan gezondheidsverschillen en ongelijkheid



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“We hebben nog een flinke slag te slaan”

“We doen hier al veel aan”

“Dit is een speerpunt”

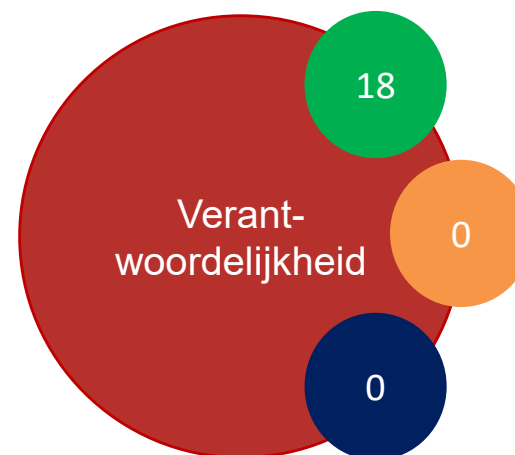
Samen gezonder.

Is het tegengaan van ongelijkheid en verkleinen van gezondheidsverschillen een taak van het college?

Wat is het handelingsperspectief van het college?

Uitkomsten:

- Alle gemeenten vinden het hun taak om te werken aan het verkleinen van gezondheidsverschillen en gelijke kansen op gezondheid
- Zij maken hiervoor beleid, voeren dit uit en werken samen met diverse stakeholders in de regio
- Gemeenten benadrukken met name dat samenwerken met stakeholders in de regio essentieel is



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Je hebt elkaar nodig”

“We hebben veel partijen nodig, iedereen moet zijn bijdrage leveren”

“Out of the box aanpak nodig”

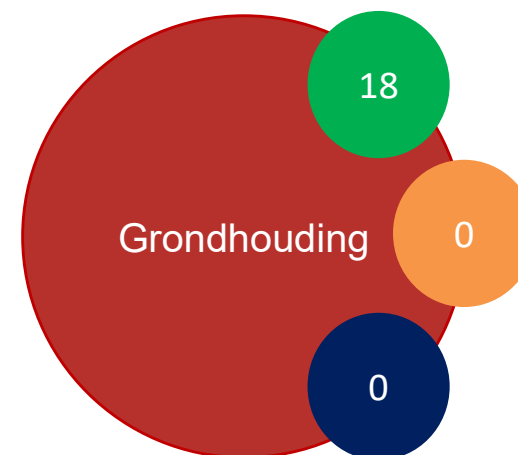
Samen gezonder.

Wat is de grondhouding van het college ten opzichte van het probleem?

Waar staan jullie op het spectrum van maatschappelijke verantwoordelijkheid tot eigen verantwoordelijkheid burger?

Uitkomsten:

- Gemeenten hanteren eigen verantwoordelijkheid en eigen regie als uitgangspunt. Veel gemeenten vinden dat kwetsbare mensen extra ondersteuning en aandacht nodig hebben
- Maatschappelijke verantwoordelijkheid gaat daarmee altijd hand in hand met het stimuleren van eigen regie
- Op de het spectrum plaatsen de meeste gemeenten zichzelf in het midden tussen 'maatschappelijke verantwoordelijkheid' en 'eigen verantwoordelijkheid'



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Niet zorgen voor, maar zorgen dat....”

“Als je het zelf kan, dan zelf doen. Mensen die dat niet kunnen moet je helpen”

“Niet betuttelen, maar faciliteren en ondersteunen”

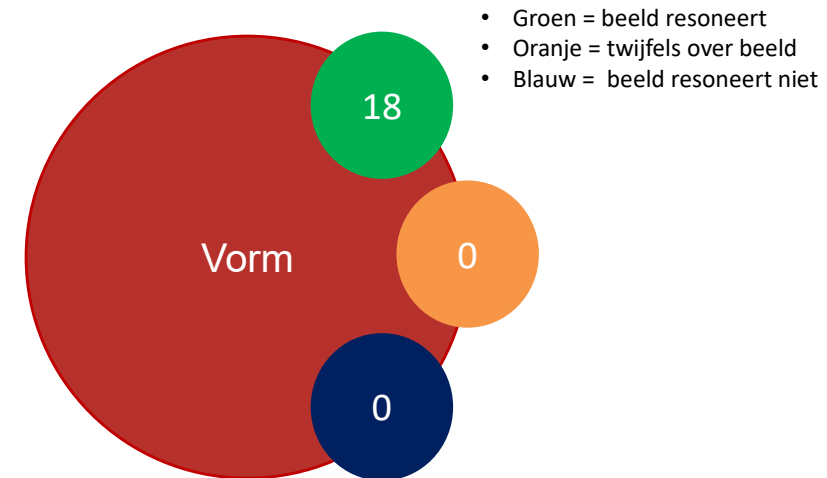
Samen gezonder.

Het plan is om een beweging te starten: een proces waaraan een breed scala aan stakeholders kan deelnemen en dat eenmaal op gang niet meer te stoppen is. Delen jullie dat beeld?

- ✓ De beweging is inclusief – iedereen kan meedoen
- ✓ Aanvullend op bestaande activiteiten wordt er geen werk overgenomen of dubbel gedaan
- ✓ Ten opzichte van een project staan in een beweging de resultaten in de tijd niet vast
- ✓ Vanuit gedeelde interesse samen op stap, samen leren en innoveren

Uitkomsten:

- Het beeld van een beweging resoneert bij de gemeenten
- Diverse gemeenten geven aan al een beweging te zijn of al in te zetten op een beweging rond hun maatschappelijke agenda
- Er zijn ook twijfels geuit. De beweging mag niet te vrijblijvend zijn, doelen en resultaten zijn noodzakelijk om richting te geven aan de beweging
- Zoek naar cohesie tussen landelijke programma's, regionale beweging en lokale activiteiten



“Bewustwording kost tijd”

“Creëer een sneeuwbal effect”

“Vanuit gezamenlijke energie”

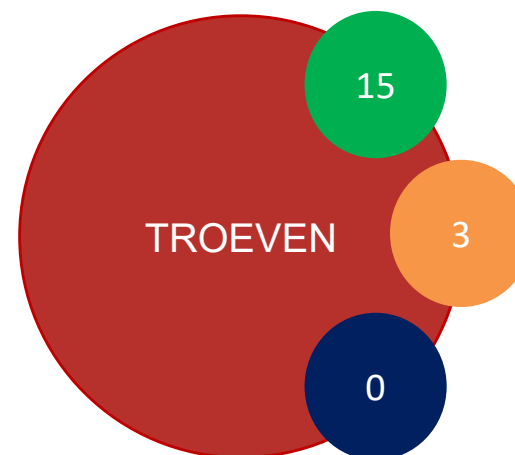
Samen gezonder.

In iedere gemeente zijn TROEVEN actief. Door samen deze TROEVEN te versterken, versnellen, verbinden, verknopen en te verspreiden komen we verder. Delen jullie dit beeld?

TROEVEN zijn activiteiten/initiatieven/organisaties/samenwerkingsverbanden die zich met diensten, producten of interventies richten op individuen met een ongelijke kans op gezondheid en die al maatschappelijke impact kunnen aantonen en een vorm van bestaanszekerheid hebben.

Uitkomsten:

- De meeste gemeenten vinden het ondersteunen van TROEVEN een goed plan, wetende dat de doelgroep moeilijk bereikbaar is. Met name de lokale en bottom-up benadering spreekt aan
- De beleving van diverse gemeenten is dat zij TROEVEN al op enige wijze ondersteunen en dat dit conform het geschetste beeld nog meer en op andere wijze kan. Daarnaast is meer kruisbestuiving tussen TROEVEN mogelijk
- De gemeenten die kiezen voor oranje twijfelen of TROEVEN lokaal of (sub)regionaal ondersteund dienen te worden.
- Ook is de zorg uitgesproken om TROEVEN niet te overbelasten
- In iedere gemeenten zijn verschillende TROEVEN actief



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Geloof in de aanpak”

“Bottom-up benadering is nodig”

“Wat voegt het toe op regionaal niveau?”

“Dit doen wel al”

“Zinnig om kennis van TROEVEN te delen in Holland-Midden”

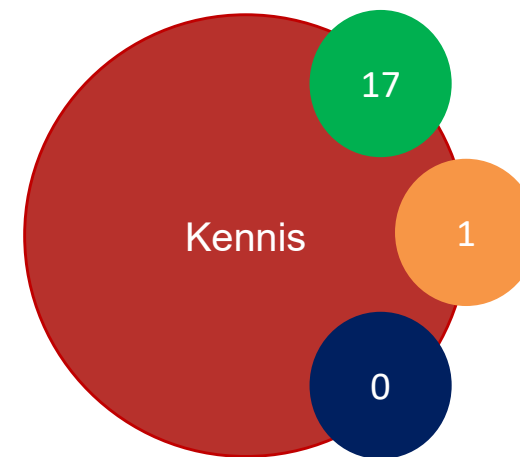
Samen gezonder.

Door kennis te delen, te ontwikkelen en te vergaren (open kennisdeling) wordt het bewustzijn van stakeholders in de regio over dit vraagstuk vergroot.

Delen jullie dit beeld?

Uitkomsten:

- De meeste gemeenten zien de meerwaarde van het ontsluiten van reeds bestaande kennis over ongelijke kansen op gezondheid
- Dit punt heeft verdere uitwerking – wie is op zoek naar welke informatie, wat zijn geschikte media, gebruiken van bestaande communicatiekanalen en netwerken
- Er is naast behoefte aan kennis ook behoefte aan handelingsperspectief en concrete handvatten
- Er is een behoefte aan het laagdrempelig maken van wetenschappelijke en complexe kennis - voor iedereen begrijpelijk en kennisdelen op maat. Niet alle informatie is voor iedereen relevant



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Leren van elkaar en elkaar inspireren”

“We hebben niet de capaciteit om het zelf te doen”

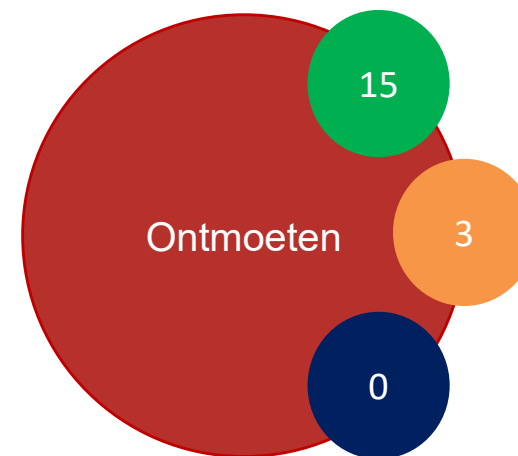
“Kennis laagdrempelig maken”

Samen gezonder.

Door stakeholders, college, burgers, TROEVEN in contact te brengen met elkaar (fysiek en digitaal) stimuleren en vergroten we samenwerking tussen deze partijen. Delen jullie dit beeld?

Uitkomsten:

- De meeste gemeenten zien de toegevoegde waarde in van ontmoetingen rond onderwerpen en thema's (binnen het overkoepelende thema ongelijke kansen op gezondheid)
- Er worden al veel ontmoetingen tussen stakeholders georganiseerd in de verschillende gemeentes maar deze gaan niet direct over ongelijke kansen op gezondheid
- Er worden twijfels geuit over de meerwaarde van regionale ontmoetingen door een tweetal gemeenten
- Er zijn veel ideeën en suggesties voor de vorm waarin ontmoetingen kunnen plaatsvinden



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Elkaars taal leren spreken”

“Er gebeurt al veel, dus ontmoeten en delen is waardevol”

“Geen deugdclubs”

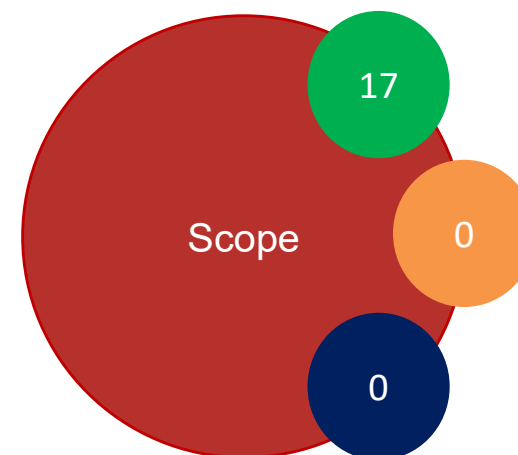
Samen gezonder.

Vanuit de overtuiging dat oorzaken van gezondheidsverschillen ook voortkomen uit factoren buiten het gezondheidsdomein, willen we de beweging breed/over domeinen inzetten.

Delen jullie dit beeld?

Uitkomsten:

- De meeste gemeenten onderschrijven het feit dat ongelijke kansen op gezondheid voortkomen uit een stapeling van meerdere factoren, die uit verschillende domeinen voortkomen. Alleen bij een integrale aanpak over domeinen heen kan ongelijkheid worden tegengegaan



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Een brede scope is een voorwaarde”

“Breed kijken”

Samen gezonder.

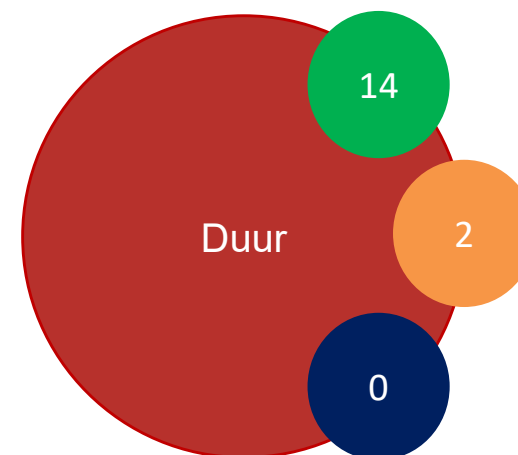
Hoe lang willen jullie de beweging inzetten?

Keuzes:

✓ 1-3 jr, 3-5 jr, 5-10 jr

Uitkomsten:

- Het belang van duurzame beweging wordt door de meeste gemeenten onderschreven. Aandachtspunt hierbij is hoe de beweging actief te houden. Een vaak genoemde valkuil is dat de beweging na een bepaalde periode stil valt
- Om het aantal mensen met ongelijke kansen op gezondheid in de regio significant te laten afnemen is een langdurige beweging van minimaal 5 – 10 jaar nodig. Vaak werden langere perioden zoals '15 jaar' of 'een generatie' genoemd
- De tijd dat een beweging aangejaagd dient te worden kan van kortere duur zijn. De termijn van 3-5 jaar lijkt passend (of en college-termijn van 4 jaar) om mee te beginnen
- Gemeenten geven aan dat het belangrijk is om de beweging 'organisch' te houden en regelmatig te evalueren en bij te stellen



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Aanjagen kan korter”

“Een generatie”

“Een beweging is constant in beweging”

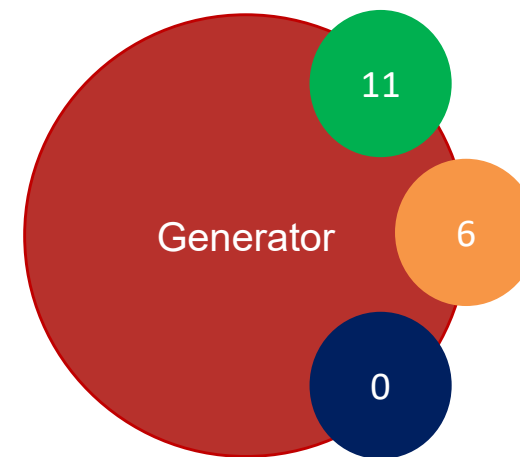
Samen gezonder.

Een 'generator/motor' is nodig om de beweging te ondersteunen. In dit geval een team mensen met een aantal instrumenten om in te zetten. Delen jullie dit beeld?

✓ Een generator bestaat uit een kleine, enthousiaste groep aanjagers

Uitkomsten:

- De meeste gemeenten delen het beeld dat een beweging actief moet worden aangejaagd
- De meeste gemeenten zien de meerwaarde van generator of motor om om de beweging aan te jagen
- Wel vragen gemeenten zich af wie plaats dienen te nemen in de generator, en waar de verantwoordelijkheid voor de generator ligt
- Er worden twijfels geuit of een generator op regionaal niveau goed kan aansluiten bij de lokale context en of je niet beter kan aansluiten bij bestaande lokale netwerken
- Ook worden er twijfels geuit of een centrale generator effectief is



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

"Om een beweging levendig te houden is dit nodig"

"Dit moet niet van de gemeenten of van Hecht komen"

"Kunnen ook dingen doen die gemeenten niet kunnen"

"Lokaal zeker, maar is een extra regionale speler nodig?"

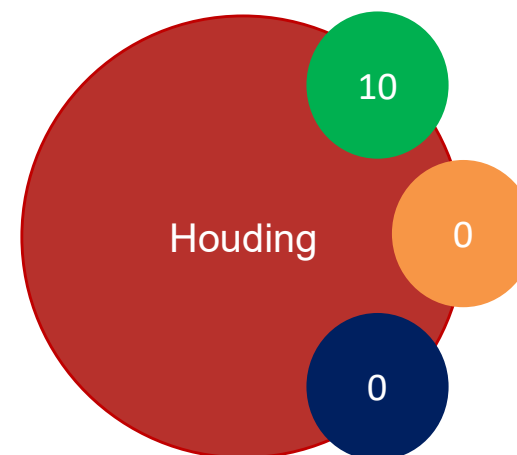
Samen gezonder.

De beoogde beweging heeft de volgende kenmerken: **Energiek, inclusief, modern, dienstbaar, positief, constructief, opbouwend, vrolijk.**

Delen jullie dit beeld over de kenmerken?

Uitkomsten:

- De gemeenten delen het beeld van de geschetste kenmerken van de beoogde beweging en onderschrijven de relevantie van een heldere profilering
- Met name de termen 'energiek' en 'positief' resoneren bij de gemeenten



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Energiek”

“Actie in de Taxi”

“Positionering is erg belangrijk”

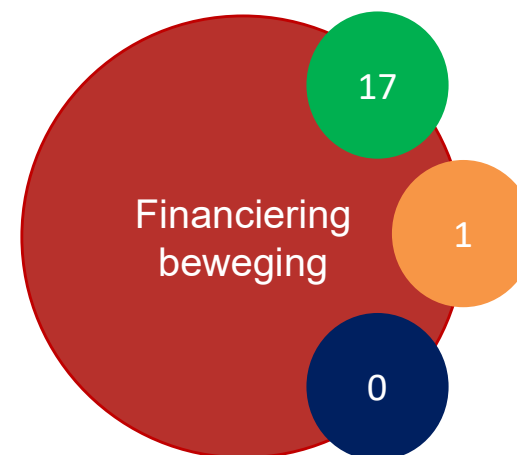
Samen gezonder.

Wie kan een dergelijke beweging financieren?

Is het voor jullie belangrijk dat 'baathebbers van minder gezondheidsverschillen en kansenongelijkheid' zoals het bedrijfsleven of de zorgverzekeraars mee betalen?

Uitkomsten:

- Het uitgangspunt dat alle baathebbers zouden moeten meebetalen aan de beweging wordt breed ondersteund door de gemeenten
- Door veel gemeenten wordt het als een uitdaging genoemd om deze baathebbers ook daadwerkelijk zo ver te krijgen
- De meest genoemde mogelijke medefinanciers zijn het Rijk, het bedrijfsleven en zorgverzekeraars
- Met name zorgverzekeraars worden als mogelijke financiers genoemd en verschillende gemeenten hebben dan ook al inspanning geleverd, met wisselend resultaat, om ze te betrekken



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Het is een randvoorwaarde dat baathebbers meebetalen”

“Het is een goed uitgangspunt, wél een uitdaging”

“In de praktijk lastig en ons nog niet gelukt”

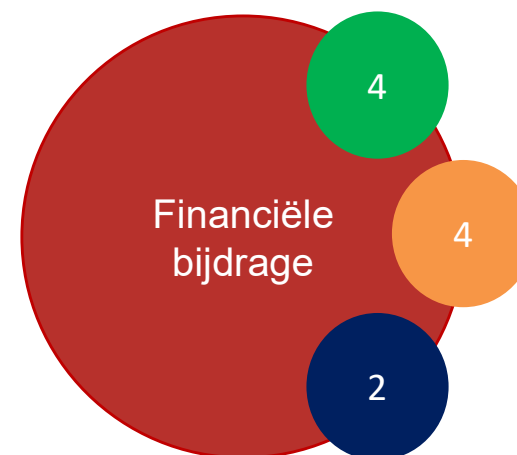
Samen gezonder.

Wat is een acceptabele financiële bijdrage per jaar voor jullie als college aan een meerjarige beweging?

De wens is om het de eerste twee jaar vanuit algemene middelen te financieren en niet direct door gemeentelijke bijdragen.

Uitkomsten:

- Veel gemeenten wilden de vraag niet beantwoorden, omdat een eventuele financiële bijdrage afhangt van het concrete plan van aanpak
- Een aantal gemeenten stond positief tegen een eventuele bijdrage mits er een goed onderbouwd plan van aanpak aan ten grondslag ligt
- Gemeenten gaven aan dat ze al veel investeren in gezondheid en dat andere baathebbers nu eerst aan zet zijn



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Een eventuele bijdrage hangt van het plan van aanpak af”

“Andere baathebbers zijn eerst aan zet”

“Dit is een toekomstige politieke vraag”

Samen gezonder.

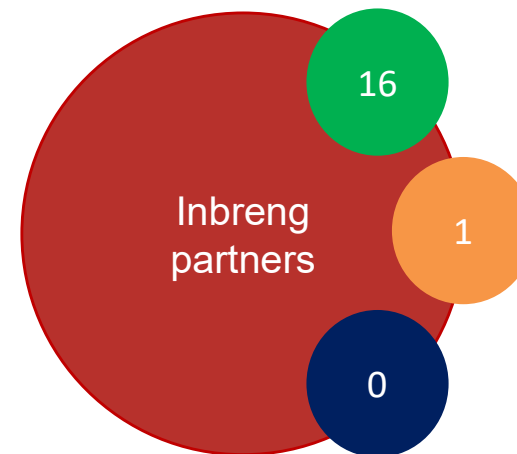
Wat kunnen partners naast financiële middelen inbrengen?

Keuzes:

- ✓ Kennis, kunde, kapitaal, faciliteiten, netwerk

Uitkomsten:

- Het beeld dat partners meer kunnen bijdragen dan alleen financiële middelen wordt breed gedeeld door de gemeenten
- Veel gemeenten geven aan dat dit in hun huidige samenwerkingen met stakeholders al veel gebeurt



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Dit gebeurt al veel in onze huidige samenwerkingen”

Samen gezonder.

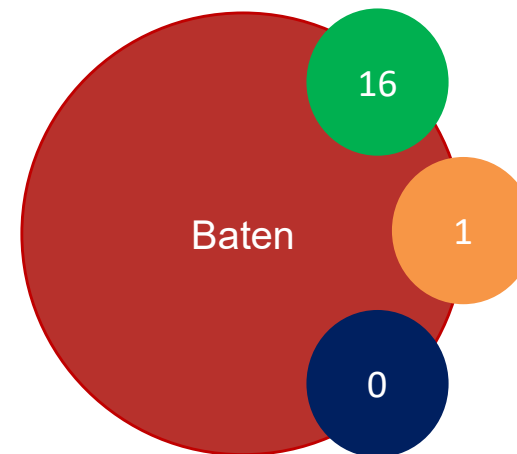
Wat levert deze beweging op voor het college?
Wat kunnen maatschappelijke effecten zijn?
Waarin komen deze baten tot uitdrukking?

Keuzes:

✓ **Materieel, Immaterieel**

Uitkomsten:

- Het beeld dat de beoogde beweging veel op kan leveren voor gemeenten wordt breed gedragen
- Veel gemeenten geven aan dat het hebben van gelijke kansen belangrijker is dan het realiseren van financiële baten
- Veel gemeenten geven aan dat de verwachte baten op verschillende beleidsterreinen liggen. Genoemde baten varieerde van een verminderde aanspraak op WMO en/of verminderde instroom in de jeugdzorg tot een toename van sportdeelname of minder kosten rond criminaliteit
- Verschillende gemeenten gaven aan dat het belangrijk is dat de baten in kaart worden gebracht en worden gemonitord. Daarentegen gaven andere gemeenten aan dat juist het kwantificeren van de baten erg complex en misschien niet mogelijk is (en daarmee misschien ook wel niet wenselijk) of alleen op hoofdlijnen kan worden uitgevoerd (bijv. 3 indicatoren)
- De termijn waarop de baten echt zichtbaar worden is lang (5 á 10 jaar of meer)
- Probeer de baten zowel kwantitatief als kwalitatief in kaart te brengen



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Ook het geloof hebben dat je goeddoet”

“Een inwoner heeft recht op een gelijke kans op gezondheid”

“Baten zijn meer dan financieel”

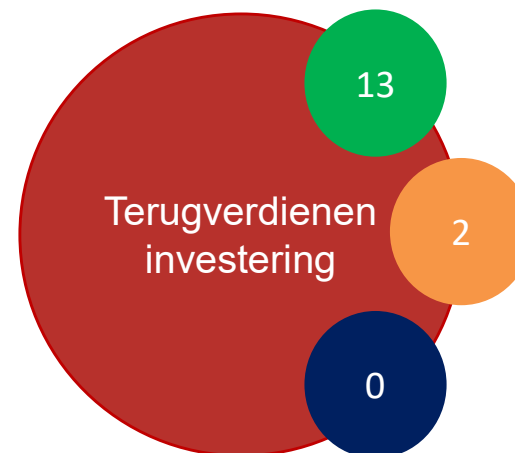
Samen gezonder.

Hoe kan het college haar investering terugverdienen?

Stel dat er één gezin met 2 kinderen minder in de bijstand zit, wat levert dat op?

Uitkomsten:

- Het beeld dat investeren in een beweging gericht op gelijke kansen op gezondheid zichzelf terug kan verdienen, wordt breed gedeeld door de gemeenten
- Een gezin met kinderen uit de bijstand halen levert 15.000 tot 20.000 euro op per jaar. Daarnaast ontstaan er minder andere problemen wanneer mensen kunnen participeren in de maatschappij. De besparing zal derhalve heel veel groter zijn dan het genoemde bedrag
- Ook andere partijen profiteren, in het bijzonder de rijksoverheid



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“Immateriële baten zijn belangrijker”

“Iedereen heeft recht op een gezond leven”

“De winst is veel groter dan alleen de bijstand als je een intergenerationeel probleem doorbreekt”

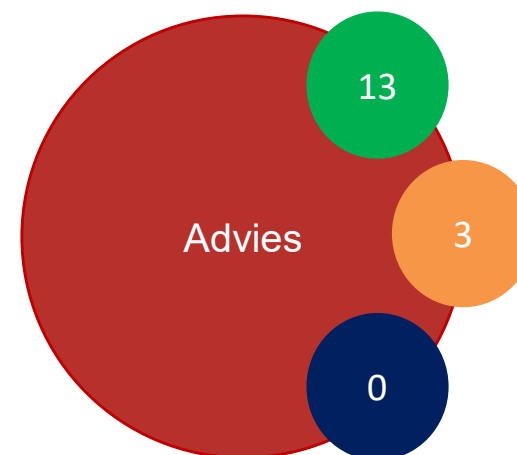
“Tellen en vertellen”

Samen gezonder.

Alles overziend, vinden jullie het een goed idee om een volgende stap te zetten in de verkenning?

Uitkomsten:

- De meeste gemeenten staan positief tegenover een volgende stap in de verkenning
- De gemeenten die twijfelen, of geen antwoord hebben gegeven, willen met name eerst inzicht krijgen in de uitkomsten van de consultatiefase
- Daarbij willen gemeenten meer details over de aanpak en randvoorwaarden van de beoogde beweging om tot een uiteindelijke go/no-go beslissing te komen



- Groen = beeld resoneert
- Oranje = twijfels over beeld
- Blauw = beeld resoneert niet

“De beweging heeft het momentum mee”

“Inhoudelijk spreekt het aan”

“Eerst zien wat is opgehaald”

Samen gezonder.

Wat is een goede volgende stap?

Uitkomsten:

- Randvoorwaarden van de beweging helder maken
- Kosten en baten verder uitwerken
- Verdere uitwerking van de taken, verantwoordelijkheden en invulling van de generator
- Het effect van aanpak verder uitwerken (op basis van het vorige punt) - monitoring en definiëring baten/effekten
- Inzichtelijk maken meerwaarde regionale aanpak (wat regionaal/subregionaal/lokaal)
- Hoe doelgroep laten meedoen
- Aan welke kennis is behoefte (omvang, gedragsonderzoek, motiveren, benaderen doelgroep etc.)
- In kaart brengen van de TROEVEN en stakeholders per gemeenten per domein
- Verhouding tussen gemeenten en (taken van) Hecht in de context van de beweging helder maken – governance afspreken

Heb je nog ideeën voor de taken van de ‘motor’, stakeholders om te betrekken, mogelijke ambassadeurs, ideeën voor communicatie, mogelijke TROEVEN?**Wat mag niet gebeuren?****Wat kunnen we meenemen uit eerdere ervaringen?**

Uitkomsten:

Ideeën

- Zoek waar mogelijk verbinding met bestaande netwerken
- Koppel een herkenbaar beeldmerk van de beweging aan de TROEVEN (endorsed by)

Valkuilen

- Te vroeg evalueren en rapporteren. Het kost tijd om resultaat te zien
- Vanuit een regionale organisatie de gemeenten vertellen wat ze moeten doen
- Institutionaliseren van de generator – niet iedere gemeente gelijke inbreng
- Activiteiten dubbel doen
- TROEVEN en stakeholders te veel belasten
- Het is een uitdaging om stakeholders aan boord te houden

Samen gezonder.

Aan : Algemeen Bestuur Hecht
Van : Directie en agendacommissie
Opgesteld door : Directiesecretaris
Datum : 6 oktober 2022
Betreft : **Verzending stukken voor AB-vergadering**

In 2021 is kritisch gekeken naar het proces rondom de verzending van de stukken voor de vergadering van het AB en het DB. Daarbij is – kortgezegd – afgesproken dat voor het Algemeen Bestuur de stukken op de website <https://www.rdoghm.nl/bestuur-rdog> worden geplaatst. Een mail met een link naar de stukken wordt verstuurd op de van te voren afgesproken datum. Ter vergadering is destijds besloten om de link alleen te versturen naar de contactambtenaren per gemeenten.

Gebleken is dat het delen van de stukken op de website handiger is dan via de mail. Bestanden zijn soms te groot en komen dan niet aan. Soms blijkt ook niet iedere bestuurder de meest recente versie te hebben.

Ook is gebleken dat het versturen van de mail met de link naar alleen de contactambtenaren niet optimaal werkt. We krijgen regelmatig vragen van zowel bestuurders als secretariaten naar de stukken.

Daarom hebben we de werkwijze voor verzending van de stukken voor AB (en DB en de BAC's) aangepast. De aanpassingen zijn afgesproken in de agendacommissie.

Vergaderstukken voor het AB:

We gaan uit van één plek waar de definitieve vergaderstukken te vinden zijn. Het AB is een openbare vergadering. De vergaderstukken komen, zoals ook nu al, op de website van Hecht. Dat is ook in overeenstemming met de WOO (Wet openbaarheid overheid).

De mail met de link naar de stukken voor de AB vergaderingen worden vanaf nu verstuurd naar de verzendlijst van ambtenaren en naar de bestuurssecretariaten. Dit gaat in per de AB vergadering van 19 oktober.

Vergaderstukken voor het DB:

In tegenstelling tot de stukken voor het AB zijn de stukken van het DB niet openbaar. Daarnaast is er nog geen platform/website om deze stukken in een besloten/afgeschermd omgeving te delen. Voor nu zullen deze stukken dan ook gedeeld blijven worden via de mail. De zoektocht naar een ander platform/website en/of andere manier van delen is gestart.

Op dit moment worden deze stukken al naar de contactambtenaren DB en naar de directiesecretariaten van de DB-leden verstuurd. Er zal dus niets veranderen met betrekking tot het verzenden van de stukken ten behoeve van het DB.

Vergaderstukken voor de Bestuurs Advies Commissies (BAC's)

Ook de vergaderstukken voor de bestuurlijke bijeenkomsten van de BAC Publieke Gezondheid (BAC PG), de BAC Zorg en Veiligheid (BAC ZV) zullen naar de verzendlijst van alle ambtenaren worden verzonden en naar de betreffende bestuurssecretariaten die lid zijn van de betreffende BAC. De stukken van de vergaderingen van commissies waaraan u als bestuurder niet deelneemt, zijn altijd te bevragen via uw ambtenaren.

Pagina : 2
Betreft : Verzending stukken voor AB- en DB-vergadering
Datum : 6 oktober 2022

De stukken voor de auditcommissie zullen naar de ambtenaren en bestuurssecretariaten worden verzonden welke verbonden zijn aan de auditcommissie.

Ook voor de adviescommissies zijn we op zoek naar een geschikte besloten omgeving om de stukken te kunnen delen. Dit zal met de commissies zelf worden afgestemd.

Kortom: alle bestuurders ontvangen de juiste stukken in een mail, of via een link in een mail, van vergaderingen waaraan u deelneemt.

Hecht

Samen gezonder.

Kennismaking



Via Mentimeter wordt de vraag gesteld:
Welke kennis/expertise breng je mee?

Wat opvalt is dat er een breed scala aan ervaring en deskundigheden onder de AB leden aanwezig is.



De volgende vraag via Mentimeter wordt gesteld:
Wat zou je willen bereiken in de komende 4 jaar met Hecht?



Wat opvalt is het begrip vertrouwen. Mevrouw Breuer staat hier kort bij stil. Vertrouwen is dat je elkaar kan aankijken en dezelfde ambitie hebt, dat je naast elkaar staat om hetzelfde te gaan doen. Vertrouwen is breed en we ervaren het vertrouwen wel maar we zien ook dat er enige fluctuatie inzit.

Mevrouw Spijker voegt hieraan toe, als we hetzelfde doel en inhoud hebben dan groeit het vertrouwen vanzelf.

Informeren

wie zijn we en wat doen we

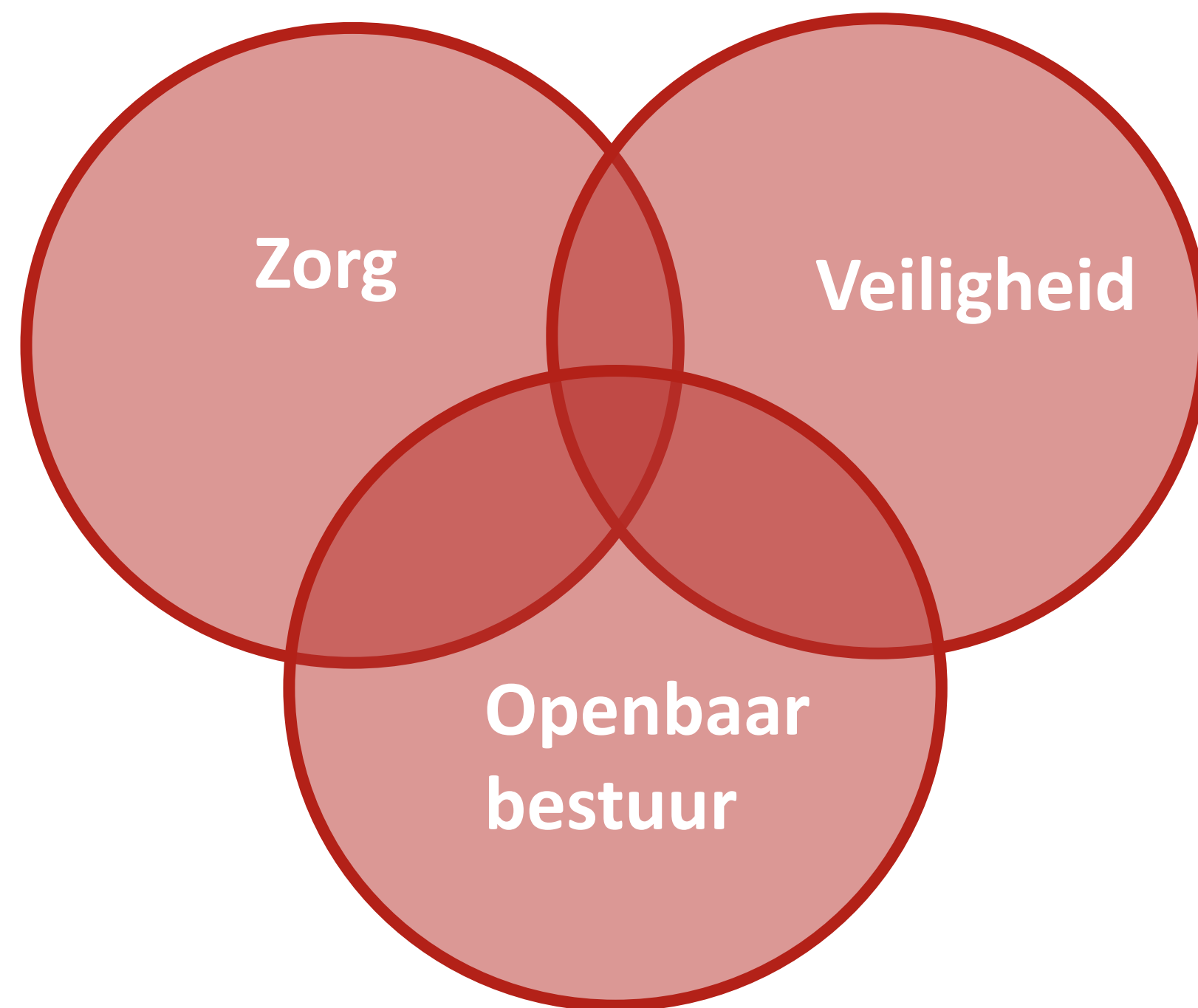


Wie wij **zijn**



Samen gezonder.

Wat wij **doen**



We opereren binnen de domeinen Zorg, Veiligheid en Openbaar bestuur en op hun snijvlak.

Wat wij **doen**

Wij zijn uw uitvoeringsorganisatie als het gaat om onze diensten in het kader van gezondheidsbevordering voor inwoners, scholen. Denk aan: JGZ, rijks- en reizigersvaccinaties en bijvoorbeeld de ambulancezorgvoorziening.



Samen gezonder.

Hecht Wat wij doen



Maar ook:

1 monitoring, onderzoek en signalering

2 (beleids) advisering gemeenten

3 crisisorganisatie: rol en taken DPG, GHOR, corona Etc.

4 toezicht en inspecties (kinderopvang, wmo, tatooshops

5 partij in de ketensamenwerking. *Hecht heeft in diverse*

samenwerkingsverbanden verschillende rollen: coördinatie, implementatie, regierol etc.

Onze missie.

Alles wat wij doen, moet leiden tot verbetering van de kwaliteit van het leven in de regio waarvoor wij samen verantwoordelijk zijn. Moet leiden tot meer positief ervaren gezondheid, meer veiligheid en meer kansen.

Dit is wat wij kunnen bijdragen.



Een beter leven in Hollands Midden.

Samen gezonder.

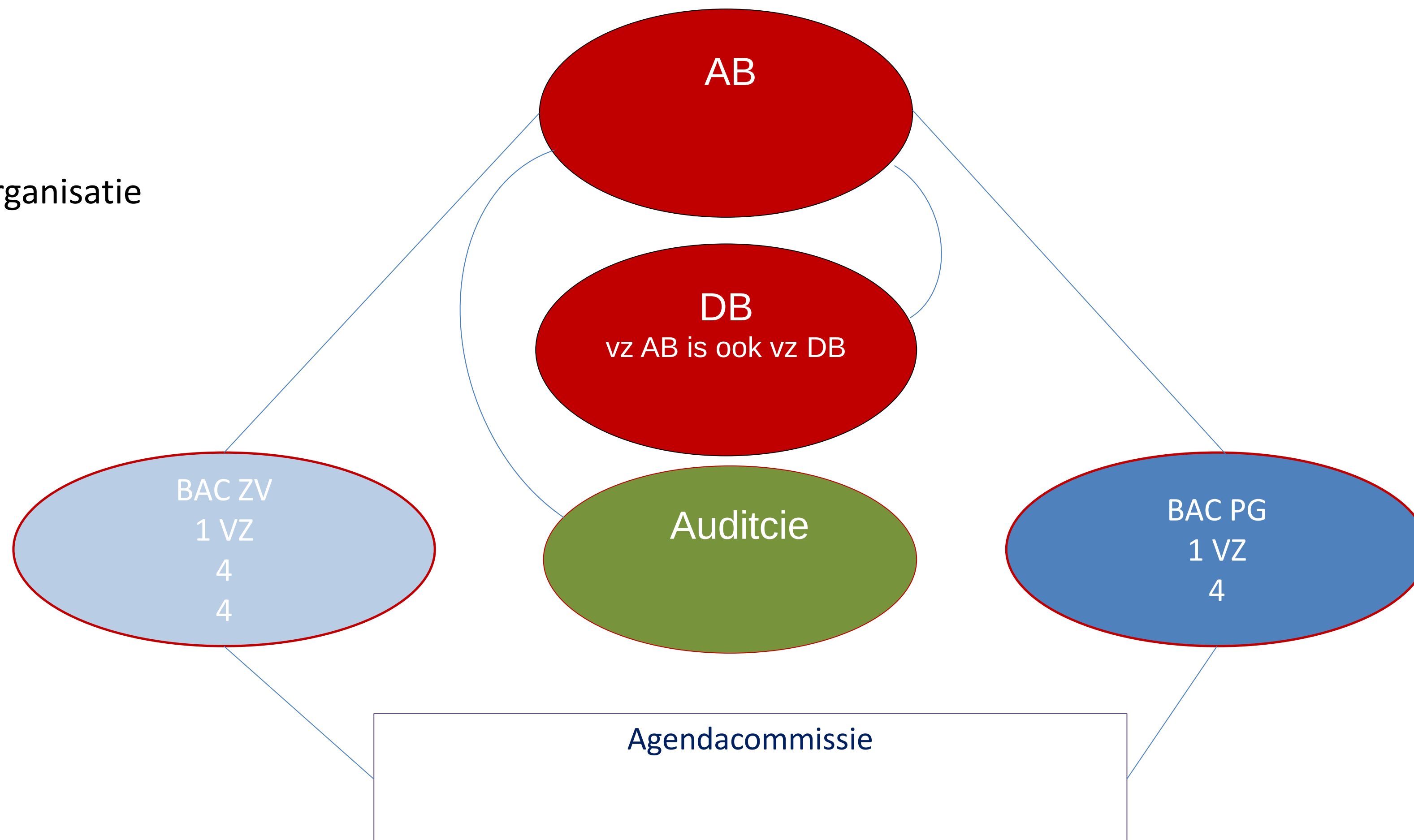
Governance

Paula van Ommen (Hecht) en Marnix Kelfkens (gemeente Leiden) verzorgen een presentatie over de governance structuur.

Aan Carla Breuer wordt de vraag gesteld 'een bestuurder van Hecht heeft diverse rollen; hoe ga je daar nu mee om?'

Zij antwoordt: "Het AB en het DB hebben voorop staan dat ze het belang van Hecht in oog nemen ondanks je aan tafel zit met je eigen bagage. In de BAC heb je een andere rol. In het DB zit je er echt voor de organisatie en niet voor je gemeente. De pettenscheiding is niet eenvoudig. De tip is; bedenk in welk gremium je zit en wat ervoor het nemen van besluiten van je verwacht wordt."

Bestuurlijke organisatie



Uitgangspunten BAC's

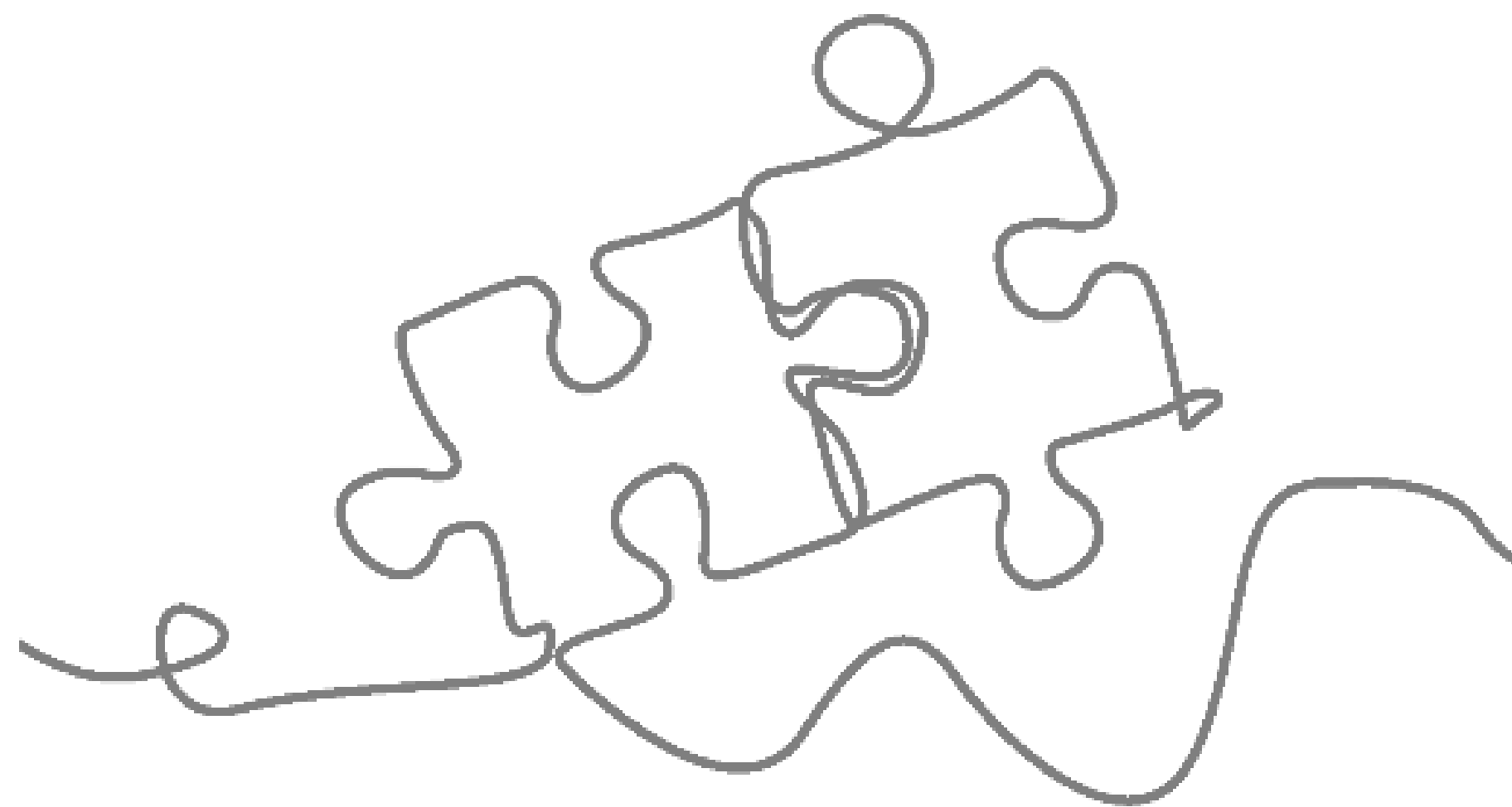
- Ambtelijk komen tot gezamenlijke (Hecht en gemeenten) voorbereiding en waar mogelijk tot gezamenlijke annotaties.
- Bestuurlijk verdelen van taken en daarmee vermindering van bestuurlijke drukte.
- Goede afstemming ambtelijk en bestuurlijk in de subregio zorgt voor een goed advies van de BAC voor het AB (= taak gemeenten).
- Goede voorbereiding in de BAC zorgt voor vlotte besluitvorming in het AB.
- **Let op: gemeentelijke afstemming (ambtelijk en bestuurlijk) voor de bac's is een taak van gemeenten.**

Dialoog

o.l.v. Han de Jager

Han verwijst naar het Integraal Zorgakkoord. Hierin wordt de GGD meerdere malen genoemd. De GGD moet (in kennis) worden versterkt om gemeenten te ondersteunen. VWS maakt met gemeenten en GGD GHOR NL afspraken. VWS heeft hierin de VNG als partner, waardoor het een logische vervolgstap is dat gemeenten en de GGD hier straks verder mee aan de slag moeten.

Han: “Als we allemaal verdeeld denken wordt het voor Hecht onmogelijk om daar vanuit effectiviteit goede dingen te doen. Kijk mee naar de eigen verantwoordelijkheid en je rol in het AB/DB en hoe je die samenwerking vorm geeft. In mijn afgelopen jaren wordt de regionale samenwerking flink gehinderd als de ambtelijke samenwerking niet goed is.”



Hoe kijk je aan tegen ambtelijke samenwerking? Hoe kunnen we hier met elkaar richting aan geven?



Ook speelt de vraag, waar ben je van? Haal je alles uit de kast om mensen te helpen of stopt het ergens? Waar hoort welke problematiek thuis?

We kunnen elke euro maar één keer uitgeven.

Wat we lokaal kunnen we doen, moeten we vooral lokaal blijven doen

Enkele antwoorden:

We moeten niet de wereld op willen lossen. Soms werkt lokaal zonder bemoeienis van Hecht beter, maar het is wel interessant om te kijken waarin we elkaar kunnen vinden. Het thema samenwerken wordt de komende tijd nog veel belangrijker.

Hecht zijn we met elkaar. We hebben de governance vastgesteld om samenwerking goed vorm te geven. Zorgverzekeraars worden nu steeds meer 'gedwongen' om hierin mee te gaan. De samenwerking wordt wel complexer maar ik zie er wel veel voordelen in.

Een preventieakkoord is meer dan je handtekening ergens onder zetten.

Hecht heeft veel ambities maar gemeenten hebben op dit moment te maken met andere grote bedreigingen waarin gemeenten ook in toenemende mate voor veel meer problematiek verantwoordelijk zijn.

In het begin hadden we het over vertrouwen, doelen stellen en dat je naast elkaar staat. Veel dingen gebeuren lokaal, daar zijn verschillende handreikingen waar Hecht bij kan helpen.

Wij moeten veel meer de discussie voeren met de mensen om ons om zo Hollands Midden de gezondste regio van Nederland te maken. We kunnen dit niet als individuele gemeenten bereiken, dat kunnen we alleen samen. Hecht is hierin een goed voorbeeld om de samenwerking in op te zoeken. Bij Hecht zit data, kennis en aanjaagkracht wat we moeten benutten.

Samen gezonder.

Hecht

Samen gezonder.