

Bundel - Algemeen Bestuur RAV Brabant MWN van 5 juli 2023

Agenda bijlagen

Agenda AB RAV 5 juli 2023

- 0 Opening en vaststelling quorum
- 1 Benoeming nieuwe DB-leden en voorzitter DB en AB
AB23001 Voorloper benoeming DB-leden en voorzitter.docx
- 2 Mededelingen en ingekomen stukken
- Presentatie actuele zaken
- 3 Verslag vorige vergadering Algemeen Bestuur RAV (6 juli 2022)
AB23002 Voorloper conceptnotulen vorige vergadering AB RAV 6 juli 2022.docx
AB23002a Concept Notulen AB RAV 6 juli 2022.docx
- 4 Ontwikkelingen: Zorgcoördinatie en nieuwe urgentie-indeling
AB23003 Voorloper zorgcoördinatie en nieuwe urgentie-indeling.docx
AB23003a Adviesrapport-landelijke-inrichting-zorgcoördinatie.pdf
AB23003b Kamerbrief inrichting ZC.docx
AB23003c Beslisnota bij Kamerbrief over Inrichting van zorgcoördinatie.pdf
- 5 Managementletter 2022
AB23004 Voorloper Managementletter 2022.docx
AB23004a Managementletter 2022 RAV Brabant MWN.pdf
AB23004b Plan van aanpak managementletter 2022.xlsx
- 6 Jaarstukken 2022
AB23005 Voorloper Jaarstukken 2022.docx
AB23005a Accountantsverslag 2022 (RAV).pdf
AB23005b Voorloper Klassenindeling WNT 2023.docx
AB23005b Klassenindeling WNT2023.pdf
- 7 Begrotingswijziging 2023
AB23006 Voorloper Begrotingswijziging 2023.docx
AB23006a begrotingswijziging 2023 RAV BMWN .docx
- 8 Concept Begroting 2024
AB23007 Voorloper concept Begroting 2024.docx
- 9 Aanpassing Gemeenschappelijke Regeling
AB23008 Voorloper aanpassing GR RAV.docx
AB23008a Kader wijziging Wgr.docx
AB23008b Notitie aanpassing GR naar versie 8.docx
AB23008c RAV BMWN GR versie 8 2024 VOORSTEL.docx
- 10 Archief- en informatiebeheer
AB23009 Voorloper archief- en informatiebeheer.docx
AB23009a Aanbiedingsbrief DB aan AB.doc
AB23009b Verslag archieftoezicht 2022.pdf
AB23009c plan van aanpak Informatiebeheer 2023.xlsx
AB23009d Bevindingen DB.docx
- 11 Diverse verordeningen
AB23010 Voorloper diverse verordeningen
AB23010a Financiële Verordening 2023 RAV BMWN
AB23010b Controleverordening 2023 RAV BMWN



Brabant Midden-West-Noord

Agenda

Vergadering: Algemeen Bestuur RAV Brabant MWN
Datum: Woensdag 5 juli 2023
Aanvang: 14:00 tot 15:30 uur
Plaats: VanderValk Hotel Tilburg, dr. Bloemenlaan 8, 5022 KW Tilburg

Opening en vaststellen quorum en agenda

- | | | |
|-----------|----------|--|
| AB 23.001 | 1 | Benoeming nieuwe DB-leden en voorzitter DB en AB |
| | 2 | Mededelingen en ingekomen stukken <ul style="list-style-type: none">- Presentatie actuele zaken door Jan de Waard |
| AB 23.002 | 3 | Conceptnotulen vorige vergadering AB RAV <ul style="list-style-type: none">- AB 6 juli 2022 |
| AB 23.003 | 4 | Ontwikkelingen: Zorgcoördinatie en nieuwe urgentie-indeling <ul style="list-style-type: none">- Presentatie door Jan de Waard |
| AB 23.004 | 5 | Managementletter 2022 <ul style="list-style-type: none">- Managementletter 2022 Accountant- Plan van aanpak RAV i.v.m. managementletter |
| AB 23.005 | 6 | Jaarstukken 2022 <ul style="list-style-type: none">- Jaarstukken 2022 (op 14 april aan de Raden verstuurd)- Accountantsverslag 2022- Klassenindeling WNT 2023 |
| AB 23.006 | 7 | Begrotingswijziging 2023 |
| AB 23.007 | 8 | Begroting 2024 <ul style="list-style-type: none">- Begroting 2024 (op 6 april aan de Raden verstuurd)- Overzicht reacties gemeenten (wordt ter vergadering uitgereikt) |

- AB 23.008 **9 Voorstel aanpassing Gemeenschappelijke Regeling**
- AB 23.009 **10 Archief- en informatiebeheer**
 a. Toezichtsverslag Archief- en informatiebeheer 2022
 b. Plan van aanpak 2023
 c. Bevindingen DB RAV inzake informatie- en archiefbeheer 2022
- AB 23.010 **11 Diverse verordeningen**
 a. Financiële verordening 2023
 b. Controleverordening 2023
 c. Controleprotocol 2023
 d. Normenkader 2023
- 12 Rondvraag en sluiting**



Brabant Midden-West-Noord

AB 23.001

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 5 juli 2023

Onderwerp Benoeming nieuwe DB-leden en voorzitter DB en AB

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Als gevolg van de collegevorming in 2022, en vanwege het aanvaarden van een functie elders van enkele DB-leden, is de samenstelling van het Dagelijks Bestuur van de RAV Brabant MWN in zijn geheel gewijzigd.

Vanuit het DB van de GGD West-Brabant zijn als DB-lid voorgedragen:

- Arjen van Drunen, wethouder gemeente Breda
- Jürgen Vissers, wethouder gemeente Drimmelen
- Marian Witte, burgemeester gemeente Geertruidenberg

Vanuit het DB van de GGD Hart voor Brabant zijn als DB-lid voorgedragen:

- Marianne van der Sloot, wethouder gemeente 's-Hertogenbosch
- Peter van Steen, wethouder gemeente Heusden
- Wobine Buijs-Glaudemans, burgemeester gemeente Oss

Marian Witte is bereid gevonden het voorzitterschap van het Dagelijks en Algemeen Bestuur op zich te nemen.

- Beslispunten**
1. Het Algemeen Bestuur benoemt de hierboven genoemde leden van het Dagelijks Bestuur van de RAV Brabant MWN.
 2. Het Algemeen Bestuur benoemt Marian Witte als voorzitter van het Dagelijks en Algemeen Bestuur van de RAV Brabant MWN.

Gevolgen voor de n.v.t.
gemeenten

Beslissing Algemeen Aldus wordt besloten,
Bestuur

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen -



Brabant Midden-West-Noord

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 5 juli 2023

Onderwerp Conceptnotulen vorige vergadering AB RAV

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Ter vaststelling de conceptnotulen van de vorige vergadering van het Algemeen Bestuur van de RAV Brabant Midden-West-Noord, die gehouden werd op 6 juli 2022.

Beslispunten Vaststellen notulen

Gevolgen voor de gemeenten n.v.t.

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen Conceptnotulen AB RAV 6 juli 2022

CONCEPT

Besluitenlijst Algemeen Bestuur RAV Brabant MWN

Datum	06-07-2022
Tijd	14:00 - 15:30
Locatie	Van der Valk Hotel Tilburg, dr. Bloemenlaan 8
Voorzitter	Miranda de Vries
Aanwezig	Zie presentielijst.

Opening en vaststelling quorum en agenda

Bij afwezigheid van Marcelle Hendrickx is Miranda de Vries plaatsvervangend voorzitter. Zij heet alle aanwezigen, en in het bijzonder de nieuwe AB-leden, hartelijk welkom. Eveneens aan Denise Kunst (gemeente Dongen) die digitaal deelneemt. Er volgt een voorstelrondje waarbij de AB-leden hun meest prangende vraag kunnen stellen.

Hanne van Aart (Loon op Zand) Hoe lang duurt de opleiding? Onze eigen CZO-geaccrediteerde opleiding tot ambulanceverpleegkundige duurt 18 maanden. Inmiddels leiden wij ook zelf chauffeurs op.

Pauline Joosten (Moerdijk) brengt de complimenten over aan Caspar van den Brandt, relatiebeheerder van de RAV.

Jacco Peter Hooiveld (Oss): Zijn er al elektrische ambulances? Nee, vanwege de beperkte actieradius versus oplaadduur. Ger Jacobs ziet meer toekomst in waterstof, maar dat is nu nog erg duur.

Judith van Loon (Alphen-Chaam): Krijgen ambulances weleens een bekeuring? Ger Jacobs licht toe dat alleen bij aantoonbaar spoedvervoer bekeuringen geseponeerd worden. Andere bekeuringen worden doorberekend aan de chauffeur.

Jurgen Vissers (Drimmelen): Wat is de stand van zaken rondom Corona? Dit komt terug bij de Mededelingen.

Twan Zopfi (Zundert): Is een kijkje achter de schermen mogelijk? Afgesproken wordt in de loop van het jaar een werkbezoek te organiseren.

Sharona Malfait (Halderberge): Kan het kloppen dat tegenwoordig de sirene vaker te horen is en zijn daar regels voor? Hiervoor is een brancherichtlijn OGS (Optische en Geluids Signalen). Gebruik van OGS wordt geregistreerd in de black box. En het is inderdaad dat sirenes vaker te horen zijn als gevolg van een toename van het aantal spoedritten.

Arjan van Drunen (Breda): Het DB en AB wordt gevormd door de gemeenten, maar de zorgverzekeraars betalen. Waarom deze vreemde constructie? Ger Jacobs legt uit dat dit komt omdat de RAV vroeger

onderdeel was van de GGD's. Het onderwerp Rechtsvorm komt terug in de toelichtende presentatie.

Mark van Beers (manager GGD West-Brabant) is aanwezig als vervanger van Sebastiaan Baan: Wat gebeurt er met afgeschreven voertuigen? Deze worden doorverkocht. Op het moment is hier veel vraag naar vanwege vertraging in levertijden. Enkele worden achtergehouden als reserve of voor onderdelen.

Rik Compagne (Meierijstad): Hoeveel medewerkers heeft de RAV? De RAV is gegroeid van 350 medewerkers bij de oprichting van de GR in 2006, naar bijna 700 momenteel.

Pieter Paul Slikker (Den Bosch): Heeft de RAV veel te maken met agressie en intimidatie? Ger Jacobs licht toe dat dit bij onze RAV meevalt. Wel is er veel verbale agressie. Dit komt overeen met het landelijk beeld.

Denise Kunst (Dongen): Wat is het mooiste verhaal? Ger Jacobs vertelt dat, vlak na aanschaf van het meldkameruitvraagstelsel ProQA, een centralist met telefonische instructies de vader door een bevalling heen heeft gepraat. Dit is een van meerdere succesverhalen van succesvolle instructie op afstand door de meldkamer.

Dilek Odabasi (Waalwijk), Maarten Everling (Bernheze), Toine van de Ven (Vught), Christel van Neerven (Goirle), Laura Matthijsen (Rucphen), Ramona Sour (Maashorst), Adriaan de Jongh (Geertruidenberg), Janneke van de Laak (Baarle Nassau) en Dion Dankers (Oisterwijk) stellen zich voor zonder vraag te stellen.

Van de RAV zijn aanwezig en stellen zich voor: Ger Jacobs (directeur), Arie van Tilborg (controller en manager Financien), Caspar van den Brandt (relatiebeheerder), Gezie Pelkmans (directiesecretaris, notulist) en Frank de Lau (beleidsmedewerker Zorg & Innovatie, technische ondersteuning).

1 Mededelingen en ingekomen stukken

Covid-19:

Ger Jacobs deelt mede dat de huidige toename als van de nieuwe variant niet direct terug te zien is in het aantal ritten. Daarnaast lijkt de curve nu af te vlakken. Wel is er nog steeds sprake van een verhoogd ziekteverzuim. Helaas zijn twee medewerkers als gevolg van Long-Covid in de WIA gekomen. De klachten waren dermate zwaar dat herplaatsing niet mogelijk was. Wel is het perspectief geboden van terugkeer bij voldoende herstel.

Pilot Zorgcoördinatie:

Ger Jacobs licht toe dat in de pilot onderzocht werd hoe de toestroom in de acute zorg te dempen. Er werd samengewerkt met de HAP's in Oost-Brabant. De pilot kende veel problemen door Covid, maar ook op technisch vlak. De pilot is inmiddels afgelopen en de evaluatie is gereed. Er waren landelijk 10 pilots met deze opdracht. Alle rapporten zijn aan VWS gestuurd. Minister Kuipers heeft onlangs in een brief aan de Tweede Kamer zijn ambitie kenbaar gemaakt: hij wil in 2023 landelijke invoer van

Zorgcoördinatie starten. Dit is ambitieus, maar wel noodzakelijk.

Nieuwe directeur RAV:

Per 1 september neemt Ger Jacobs afscheid. Werving en selectie voor een nieuwe directeur zijn inmiddels afgerond. Er was een unanieme voordracht om de heer Jan de Waard te benoemen, momenteel manager bij de RAV Hollands-Midden. Benoeming door het DB heeft voorafgaand aan dit AB plaatsgevonden. Het afscheid van Ger Jacobs vindt plaats in de vorm van een minisymposium op 15 september. Hiervoor zijn ook alle bestuursleden uitgenodigd. Miranda de Vries spreekt namens het bestuur haar dank uit aan Ger Jacobs voor de afgelopen jaren.

2 Conceptnotulen vorige vergadering AB RAV 1 juli 2021

De notulen van de vorige vergadering van het Algemeen Bestuur worden zonder opmerkingen vastgesteld.

3 Presentatie RAV Brabant MWN

Ger Jacobs houdt een algemene presentatie over de RAV (zie bijlage). Vanaf 2006 is er geen gemeentelijke bijdrage meer nodig geweest. In 2017 was er een onderzoek naar de meest geschikte rechtsvorm voor de RAV. Aanleiding was de dreiging van Europese aanbesteding bij het verlenen van de vergunningen. Na ingang van de WAZV (Wet ambulancezorgvoorziening) was die dreiging weg, omdat de vergunningen rechtstreeks aangewezen werden door de Minister. Overgang naar een stichting had daarna geen urgentie meer, maar slechts nadelen zoals de zeer hoge kosten voor verplichte overgang naar een ander pensioenfonds.

Ger Jacobs licht toe dat het Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid het RIVM-rekenmodel is dat op basis van historie berekent hoeveel ambulances er nodig zijn om 95% van de inwoners in theorie binnen 15 minuten te kunnen bereiken. Dit model is de basis voor de financiering. De heer Jacobs vertelt dat er landelijk gemiddeld 23% van de patiënten thuisgelaten wordt met een zelfzorgadvies of overdracht aan een andere hulpverlener. Mevrouw Odabasi vraagt zich af of hier iets aan te doen is? De heer Jacobs antwoordt dat de nieuwe visie op acute zorg hierop inspeelt. Dat de RAV VSAZ (verpleegkundig specialisten ambulancezorg) inzet, die ter plaatse meer kunnen doen en een betere diagnose kunnen stellen, zorgt al voor verbetering. In de toekomst moet er beter aan de voorkant beoordeeld worden.

De heer Jacobs licht toe dat de regio Brabant-Noord qua personeel inmiddels aardig op sterkte is, Midden/West-Brabant nog iets minder. Er vindt dit jaar een landelijk onderzoek plaats naar de forse productiestijging. De heer Jacobs geeft de tip om voor informatie te kijken naar het meerjarenplan op onze website:

<https://www.ravbrabantmwn.nl/organisatie-2022/>

Besluit:

Presentatie van de Ondernemingsraad gaat niet door. Vanwege roosterproblemen kon er niemand uitgepland worden om aanwezig te zijn.

4 Managementletter 2021

Besluit:

De managementletter 2021 en het plan van aanpak worden ter kennisgeving aangenomen. Er zijn verder geen opmerkingen over.

5 Jaarstukken 2021

Besluit:

De jaarstukken 2021 worden zonder opmerkingen vastgesteld. Mevrouw de Vries licht toe dat deze geen zienswijze behoeven. Ook wordt de klassenindeling in het kader van de WNT voor 2022 vastgesteld.

6 Begrotingswijziging 2022

Besluit:

De begrotingswijziging 2022 wordt zonder opmerkingen vastgesteld.

7 Begroting 2023

In alle ontvangen zienswijzen wordt gevraagd om informatie over de meest geschikte rechtsvorm. De informatie zal met het onderzoeksrapport aan de gemeenten worden verzonden. Daarnaast vraagt men geïnformeerd te worden over de resultaten van het klanttevredenheidsonderzoek dat in 2023 gehouden wordt. Een enkele zienswijze (Zundert) vraagt om afspraken over de aanrijtijden met gemeenten die hoger dan 12,5% overschrijdingen urgentie A1 scores. De heer Jacobs licht toe dat afspraken per gemeente niet mogelijk zijn. Het prestatieniveau wordt berekend over de gehele regio. Hier zijn afspraken over met zorgverzekeraars en NZa. Onze relatiebeheerder Caspar van den Brandt is beschikbaar voor toelichting in de gemeenteraden. De heer Zopfi geeft aan dat Zundert hiervan weer graag gebruik wil maken.

Ondersteuning AED: De voorloper die in de vergaderstukken was opgenomen betrof niet de juiste versie. Ter vergadering wordt de voorloper uitgedeeld waarin de volgende toelichting is opgenomen:

De afgelopen jaren heeft de RAV Brabant Midden-West-Noord diverse malen een bedrag geschonken aan de gemeenten ter ondersteuning van het AED-netwerk. Dit ondanks het standpunt van de zorgverzekeraars dat het budget van de RAV hier niet voor bedoeld is. De minister heeft ook aangegeven dat de financiering niet bij de RAV ligt. In het overleg van 6 april jongstleden heeft het DB RAV het onderwerp besproken en geconstateerd dat het AED-netwerk inmiddels voldoende dekkend is. Er zal daarom vanuit de RAV Brabant Midden-West-Noord geen financiële ondersteuning meer plaatsvinden.

Wel blijven voorlopig de kosten voor pads en accu's door de RAV vergoed worden, conform de landelijke afspraken hierover. Daarnaast zijn er op dit gebied ontwikkelingen te melden waarbij het overnemen van de centrale regio en de bekostiging door VWS tot de mogelijkheden behoort.

Besluit:

De begroting 2023 wordt vastgesteld zonder wijzigingen.

8 Frauderisico analyse

Besluit:

De frauderisicoanalyse wordt ongewijzigd vastgesteld.

9 Aanpassing Gemeenschappelijke Regeling

Besluit:

De Gemeenschappelijke Regeling versie 7 wordt vastgesteld.

10 Archief- en informatiebeheer

De heer van Tilborg licht toe dat er momenteel veel aandacht is voor Archief- en informatiebeheer vanwege de overgang van papier naar digitaal. Er zijn inmiddels goede stappen gezet. Desgevraagd wordt toegelicht dat HSC (Hét Servicecentrum) voor zowel de GGD's als de RAV werkt.

Besluit:

De stukken worden vastgesteld zonder opmerkingen.

11 Rondvraag en sluiting

De heer van Steen (Heusden) komt nog terug op de meest geschikte rechtsvorm. Hij vraagt zich af of het DB hierover een besluit mag nemen. Mevrouw de Vries licht toe dat er geen opdracht is geweest vanuit het AB, vandaar dat het besluit in het DB is genomen. Terugkoppeling naar de Raden op dit onderwerp zal plaatsvinden in de vorm van reactie op de zienswijzen. Het betreffende adviesrapport zal worden bijgevoegd.

Desgevraagd wordt nog toegelicht dat het Dagelijks Bestuur wordt samengesteld uit 3 leden van elk van de twee GGD'en. Nieuwe DB-leden worden vanuit de DB's van de GGD voorgedragen. Deze werkwijze is opgenomen in de GR RAV en komt voort uit het feit dat Ambulancezorg voorheen onderdeel was van de GGD'en.

De vergadering wordt om 15:30 uur gesloten met dank aan alle deelnemers. Mevrouw de Vries bedankt de heer Jacobs voor de prettige samenwerking en de manier waarop hij de afgelopen jaren de RAV heeft geleid. Zijn officiële afscheid vindt plaats in de vorm van een minisymposium op 15 september 2022. Hiervoor zijn ook de leden van het Algemeen Bestuur uitgenodigd.



Brabant Midden-West-Noord

AB 23.003

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 5 juli 2023

Onderwerp Zorgcoördinatie en nieuwe urgentie-indeling

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en Zorgcoördinatie:

advies DB Bijgaand ter informatie het adviesrapport, de kamerbrief en beslisnota over de inrichting zorgcoördinatie die minister Kuipers onlangs aan de Tweede Kamer stuurde. Het doel van zorgcoördinatie is om er door middel van een eenduidige toegang en eenduidige, multidisciplinaire triage en inzicht in beschikbare capaciteit in de keten voor te zorgen dat de patiënt met een acute maar niet levensbedreigende zorgvraag op het juiste moment, de juiste zorg, op de juiste plek, van de juiste zorgverlener ontvangt.

De minister geeft in zijn kamerbrief richting aan de ontwikkeling van zorg coördinatie voorzieningen. In ROAZ/NAZB verband wordt de uitwerking verder opgepakt. Vanuit het perspectief van de RAV zijn op dit moment een aantal zaken van belang:

1. Levensbedreigende zorgvragen welke via 112 gesteld worden, worden afgehandeld door de RAV. Indien sprake is van een incident waarbij inzet van brandweer of politie nodig is vindt afhandeling van het incident plaats binnen de LMS voorzieningen (dus op onze meldkamers in Den Bosch en Bergen op Zoom). Daarmee blijft de link met OOV partners in stand.
2. Er komt één Zorg Coördinatie Voorziening per ROA- regio waarbij er sprake kan zijn van meerdere werklocaties. Dit kan invloed hebben op

samenwerking met het Witte Kruis binnen de LMS locatie Bergen op Zoom: het Zeeuwse gedeelte valt onder een andere ROAZ-regio.

Nieuwe urgentie-indeling:

Om met de huidige ontwikkelingen ook in de toekomst goede ambulancezorg te kunnen blijven bieden is ketensamenwerking belangrijk. Maar daarnaast moet ook gestreefd worden naar optimale inzet van ambulancezorg. Hierbij staat de optimalisatie van de urgentie-indeling centraal.

In de eerste maanden van het jaar zijn door AZN de voorbereidingen getroffen om het implementatietraject rondom de nieuwe urgentie-indeling verder vorm te geven. De implementatie-organisatie is ingericht, er zijn themawerkgroepen samengesteld en iedere RAV heeft een implementatie-coördinator. De officiële kick-off van de implementatie in de ambulancesector was op 30 maart.

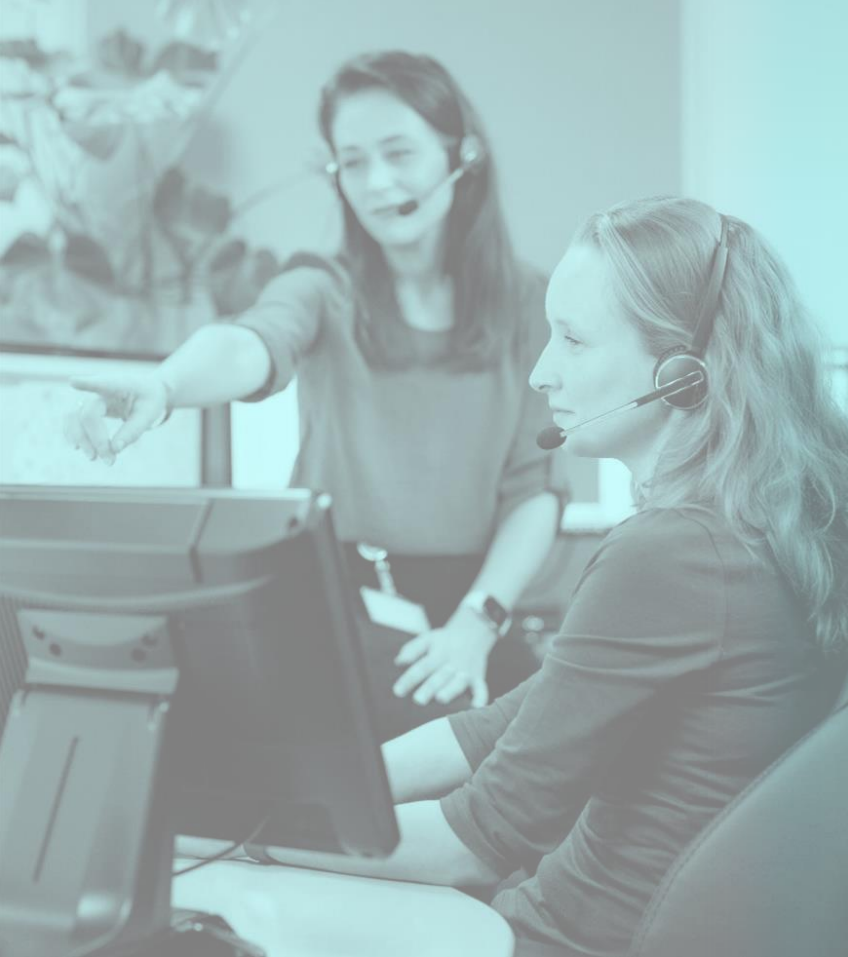
Beslispunten Ter informatie
Gevolgen voor de gemeenten

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen a. Advies rapport Zorg Coördinatie voorziening
b. Kamerbrief 12 mei 2023 Inrichting van zorgcoördinatie
c. Beslisnota bij kamerbrief Inrichting van zorgcoördinatie



Advies landelijke inrichting zorgcoördinatie

Het perspectief voor
toekomstbestendige acute zorg

Managementsamenvatting

De acute zorg heeft te maken met toenemende druk die ontstaat door schaarste. De vraag naar acute zorg stijgt en wordt steeds complexer terwijl het aanbod achter blijft vanwege personeelstekorten. De urgentie voor verandering om de acute zorg toegankelijk en van goede kwaliteit te behouden neemt toe. Zorgcoördinatie wordt gezien als één van de middelen in deze verandering, om de schaarste het hoofd te bieden.

Zorgcoördinatie gaat over domein-overstijgende samenwerking zodat de burger met een acute zorgvraag de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste zorgverlener op het juiste moment ontvangt en dat schaarse capaciteit hierbij effectief en efficiënt wordt ingezet. ActiZ, AZN, InEen, LNAZ en ZN hebben in opdracht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitgewerkt hoe zorgcoördinatie in de praktijk ingericht kan worden. Op basis van een zorgvuldig proces waarbij veel andere partijen betrokken zijn geweest komen zij tot een advies voor landelijke kaders, met ruimte voor regionale invulling waar wenselijk en mogelijk.

Zorgcoördinatie wordt zo ingericht dat het zorgt voor juiste toegeleiding tot zorg van burgers met een niet-levensbedreigende acute zorgvraag op momenten dat zij niet bij hun eigen huisarts of andere zorgverlener terecht kunnen, bijvoorbeeld tijdens avond-, nacht- en weekenduren. Hiervoor worden binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) door de relevante zorgaanbieders één of meerdere zorgcoördinatievoorzieningen ingericht. Binnen de voorziening werken ketenpartners vanuit de acute huisartsenzorg, ambulancezorg en onplanbare zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) domein-overstijgend en in nauwe afstemming met ziekenhuizen (poortspecialisten en SEH-artsen) en geestelijke gezondheidszorg samen. Op basis van de klachten van de burger en relevante patiëntinformatie bepalen zij wanneer zorg nodig is (de urgentie van een zorgvraag), welke zorg nodig is (de best passende zorginzet) en waar deze zorg geleverd kan worden (de coördinatie van de zorginzet). Door dit proces regionaal en domein-overstijgend te organiseren wordt schaarse capaciteit efficiënt en effectief ingezet. Uitwisseling van patiëntgegevens en inzicht in capaciteit zijn hierbij cruciaal.

Daarnaast is de zorgcoördinatievoorziening 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar en beschikbaar voor zorgverleners die direct noodzakelijke vervolgzorg zoeken voor hun patiënt. De voorziening neemt, indien wenselijk, het zoeken en vinden van een juiste vervolgzorgplek uit handen. Zo heeft de zorgverlener meer tijd voor de patiënt.

Deze inrichting van zorgcoördinatie brengt zeven veranderopgaven met zich mee. Processen van de huisartsenpost, ambulancezorg en eerstelijnsverblijf-coördinatie zullen regionaal bij elkaar moeten komen. Voor triagepersoneel is passende en modulaire (bij)scholing nodig, evenals ondersteunende teams voor regie en voor consultatie. Er moet inzicht gecreëerd worden in zowel relevante patiëntgegevens als in actuele beschikbare capaciteit bij ketenpartners. Daarnaast moet een technische infrastructuur gerealiseerd worden die de zorgcoördinatieprocessen en uitwisseling van gegevens mogelijk maakt. Tot slot zijn passende governance (inclusief schaal) en bekostiging en financiering van zorgcoördinatie noodzakelijk.

Om de beweging naar zorgcoördinatie te maken is het van belang dat het ministerie van VWS snel begint met het realiseren van de landelijke randvoorwaarden. Daarnaast is het aan het ROAZ om vanaf Q3 2023, op basis van de landelijke kaders, regionaal beleid te maken rondom zorgcoördinatie. Zo kan het zorgveld vanaf 2024 starten met de inrichting.

Alle ketenpartners in de acute zorg zijn nu aan zet om de beweging in gang te zetten zodat vanaf 2025 landelijk dekkende zorgcoördinatie in de eerste vorm operationeel is.

Inhoudsopgave

Leeswijzer	4
1 Inleiding Waarom zorgcoördinatie?	5
1.1 Noodzaak voor verandering in de acute zorg	5
1.2 Zorgcoördinatie als onderdeel van toekomstbestendige acute zorg	6
1.3 Totstandkoming advies zorgcoördinatie	7
1.4 Tijd voor actie!	8
2 Advies op hoofdlijnen Inbedding van zorgcoördinatie binnen de acute zorg	9
2.1 Toegang tot acute zorg	9
2.2 De zorgcoördinatievoorziening in het acute zorgveld	10
3 Advies in meer detail Zorgcoördinatie in de praktijk	12
3.1 Welke activiteiten vinden plaats in de zorgcoördinatievoorziening?	12
3.2 Regionale invulling van de zorgcoördinatievoorziening	13
3.3 Het zorgcoördinatieproces in tijden van schaarste	15
4 Veranderopgaven voor de realisatie van zorgcoördinatie	16
4.1 Veranderopgave 1: Inrichting van ZCV-processen	16
4.2 Veranderopgave 2: Personeel, competenties en opleiding	19
4.3 Veranderopgave 3: Inzicht in relevante patiëntgegevens	20
4.4 Veranderopgave 4: Inzicht in capaciteit van ketenpartners	23
4.5 Veranderopgave 5: Infrastructuur zorgcoördinatievoorziening	24
4.6 Veranderopgave 6: Governance	24
4.7 Veranderopgave 7: Bekostiging en financiering	25
4.8 Samenhang schaal, governance en bekostiging en financiering	27
5 Aanbevelingen en vervolgstappen	31
5.1 Algemene aanbevelingen en vervolgstappen VWS	31
5.2 Algemene aanbevelingen en vervolgstappen ROAZ	33
5.3 Algemene aanbevelingen en vervolgstappen zorgveld	35
6 Bijlagen	36
A. Definities en afkortingen	36
B. Proces en verantwoording	39
C. Overwogen alternatieven voor inrichting van zorgcoördinatie	42
D. Organisatorische processen	44
E. Uitgangspunten bij uitwerken competenties en opleidingen voor nieuwe ZCV functies	46
F. Verdieping patiëntgegevens	47
G. Reeds ontwikkelde ketenbrede zorgpaden in pilot regio's	48
H. Samenvatting vanuit de werkgroepen	49

Leeswijzer

Hoofdstuk 1



Waarom is zorgcoördinatie nodig?

Een beschrijving van het nut en de noodzaak voor verandering in de acute zorg en waarom zorgcoördinatie een onderdeel van de oplossing is.

Hoofdstuk 2



Wat is zorgcoördinatie op hoofdlijnen?

Een beschrijving van het advies voor de toekomstige inbedding van zorgcoördinatie binnen de acute zorg.

Hoofdstuk 3



Wat is zorgcoördinatie in meer detail?

Een beschrijving van het advies voor de activiteiten binnen de zorgcoördinatievoorziening, hoe zorgcoördinatie regionaal wordt ingevuld en de rol van zorgcoördinatie in tijden van schaarste.

Hoofdstuk 4



Hoe gaan we zorgcoördinatie realiseren?

Beschrijving van de zeven veranderopgaven waar het zorgveld voor staat: de inrichting van processen en personeel, delen en inzichtelijk maken van gegevens en de benodigde technologie, governance, bekostiging en financiering.

Hoofdstuk 5



Wat is de werkagenda voor de komende tijd?

Concrete aanbevelingen en vervolgstappen aan VWS, het ROAZ en het zorgveld om zorgcoördinatie in te gaan richten.

Bijlagen

Aanvullende informatie zoals definities en afkortingen, beschrijving van het proces voor totstandkoming van het adviesrapport, overwogen alternatieven voor de inrichting, beschrijving van organisatorische processen, uitgangspunten voor doorontwikkeling van competenties en opleiding voor personeel, verdieping patiëntgegevens, reeds ontwikkelde ketenbrede zorgpaden en samenvattingen vanuit werkgroepen.

1 Inleiding | Waarom zorgcoördinatie?

1.1 Noodzaak voor verandering in de acute zorg

Iedereen heeft recht op goede zorg, ook in acute situaties. Dit vinden we vanzelfsprekend. Maar deze vanzelfsprekendheid staat onder druk. De Nederlandse zorg heeft, onder meer door vergrijzing, te maken met een stijgende en complexer wordende zorgvraag.

Hierdoor neemt, in combinatie met een krappe arbeidsmarkt, de druk op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de acute zorg toe¹. We streven zonder maatregelen af op een situatie waarin door schaarste niet aan alle acute zorgvragen voldaan kan worden en wachttijden toenemen.

In de acute zorg is die dreigende schaarste voor burgers en zorgverleners nu al voelbaar. Wachttijden voor telefonisch contact tussen burgers en huisartsenposten lopen op, soms tot meer dan een half uur. Zorgverleners zoals huisartsen zijn onevenredig veel tijd kwijt met het vinden van een beschikbare plek voor direct noodzakelijke vervolgzorg voor hun patiënten. De spoedeisende hulp (SEH) kondigt uit noodzaak met enige regelmaat patiëntenstops af.

Deze toenemende druk leidt tot een groeiende urgentie om de acute zorg zo te organiseren dat deze ook in de toekomst beschikbaar blijft voor ons allen. Om dit te bewerkstelligen is het cruciaal om de belangrijke knelpunten aan te pakken:

- **Onnodig beroep op acute zorg:** voor burgers is het niet altijd duidelijk wanneer en waar ze met welke vraag terecht kunnen. Hierdoor wordt vaak onnodig beroep gedaan op toch al schaarse faciliteiten. Zo blijkt uit een regionaal retrospectief onderzoek dat bijna de helft van de 112-oproepen geen zorgvraag voor de ambulance betreft, maar thuishoort bij de huisarts, (acute) wijkverpleging, GGZ, of met een zelfzorgadvies kan worden opgelost². Daarom is het nodig om met elkaar de juiste toeleiding te organiseren voor meldingen binnen de acute zorg.
- **Onvoldoende samenwerking tussen de verschillende domeinen in de acute zorg:** burgers moeten zelf hun weg in de acute zorg vinden en ervaren nu verschillende 'loketten' waar zij met zorgvragen terecht kunnen. Zorgverleners hebben maar beperkt zicht op de capaciteit bij andere zorgaanbieders en weten onvoldoende wat deze zorgaanbieders kunnen betekenen in (het overnemen van) de zorg voor hun patiënt. Het is nodig dat de samenwerking binnen de acute zorg verbetert.
- **Inefficiënte inzet van het schaarse personeel:** op veel plaatsen in de regio wordt door zorgaanbieders 24 uur per dag (telefonische) beschikbaarheid voor acute zorgvragen georganiseerd. Zo zijn 89 huisartsenposten (HAP) alle avond, nacht en weekend-uren (ANW) geopend³ en zijn 42 regionale coördinatiefuncties eerstelijnsverblijf 24/7 bereikbaar. Samenwerking, met name in de nacht, voor de loketfunctie zal naar verwachting bijdragen aan doelmatigheid en betere bereikbaarheid. Daarnaast zijn zorgverleners te veel tijd kwijt aan het vinden van passende acute vervolgzorg voor hun patiënt, waardoor de tijd voor het daadwerkelijk verlenen van deze zorg onder druk staat. Het beschikbare personeel moet kunnen doen waar het voor opgeleid is en zo effectief mogelijk worden ingezet.

¹ WRR-Rapport nr. 104: [Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak](#)

² Retrospectieve contactanalyse van Pilot Midden Nederland. Bron: [Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie](#)

³ 89 van de 107 HAP-locaties zijn in alle ANW-uren geopend. Bron: Benchmark Huisartsenposten (InEen, 2021)

- **Beperkte digitalisering en uitwisseling van data:** burgers ervaren dat het proces door de (acute) zorgketen nog maar zeer beperkt digitaal ondersteund wordt. Voor zorgverleners geldt dat het lastig is om inzage in de juiste gegevens van de patiënt te krijgen en inzicht te krijgen in de dossiervorming door hun ketenpartners waardoor zorgverleners een incompleet beeld van de patiënt hebben. Digitalisering tezamen met versterkte samenwerking in de keten kan het proces voor de burger vergemakkelijken en soepeler maken en tegelijk zorgprofessionals ontlasten. Uitwisseling van data is nodig om samenwerking in de keten te verbeteren en te voorkomen dat burgers en zorgverleners dezelfde handelingen meermaals moeten uitvoeren.

Bij het aanpakken van bovenstaande knelpunten is het van belang te zoeken naar een aanpak voor de gehele acute zorgketen. Zodat een probleem niet verschoven wordt van de ene zorgverlener naar de andere zorgverlener. Bij voorkeur wordt ervoor gezorgd dat de patiënt direct bij de juiste zorgverlener terecht komt. Zorgverleners binnen de acute zorg voelen de noodzaak en willen samenwerken om ervoor te zorgen dat de patiënt op de juiste plek, door de juiste zorgverlener op het juiste moment de juiste acute zorg kan ontvangen.

1.2 Zorgcoördinatie als onderdeel van toekomstbestendige acute zorg

De samenwerking om processen binnen de acute zorg beter te coördineren wordt in dit adviesrapport verder uitgewerkt als het concept zorgcoördinatie. Zorgcoördinatie gaat over het proces waarin de burger of zorgverlener wordt begeleid vanaf het moment dat hij of zij een acute zorgvraag heeft tot aan het vinden van een beschikbare plek waar de passende zorg wordt verleend. Zorgcoördinatie gaat met nadruk alleen over het coördineren van instroom en doorstroom in de acute zorg en dus niet over de zorgverlening zelf.

Het inrichten van zorgcoördinatie zal niet alle uitdagingen in de acute zorg wegnemen. Er zijn meer maatregelen nodig om de acute zorg toegankelijk, van hoge kwaliteit en betaalbaar te houden voor de burger. Zo moet worden ingezet op het voorkomen van acute zorg door betere vroegsignalering, betere afstemming met het sociaal domein, duurzame en optimale inrichting van het acute zorglandschap door differentiatie, concentratie en spreiding en het structureel aanpakken van de arbeidsmarktproblematiek. Veel van deze thema's zijn al in ontwikkeling en worden beschreven in bijvoorbeeld het Integraal Zorg Akkoord⁴ (IZA), het Kwaliteitskader Spoedzorgketen of (nieuwe) wet- en regelgeving⁵.

Het concept zorgcoördinatie is op regionale schaal beproefd in het Programma Pilots Zorgcoördinatie. Uit de evaluatie van deze pilots blijkt dat zorgcoördinatie naar verwachting bijdraagt aan efficiënter gebruik van zorgcapaciteit en leidt tot meer passende zorg. De opgedane bevindingen en de aanbevelingen vanuit de pilots om zorgcoördinatie goed in te kunnen richten staan beschreven in de [Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie](#) (augustus, 2022). In lijn met deze aanbevelingen adviseren we om zorgcoördinatie landelijk dekkend in te richten. Zorgcoördinatie moet daarin ten eerste bijdragen aan het begeleiden van de burger met een acute zorgvraag naar de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste zorgverlener, op het juiste moment en ten tweede moet het bijdragen aan het efficiënt inzetten van het beschikbare zorgpersoneel en zorgcapaciteit. Meer specifiek wordt met zorgcoördinatie ingezet op de volgende doelstellingen:

Voor de **burger**:

⁴ [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

⁵ Onder andere de [Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg \(Wegiz\)](#) en de [Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg \(Wabvpz\)](#)

- Eenduidige toegang zodat de melding van een burger met een acute zorgvraag op de juiste plek terecht komt
- Tijdige en passende acute zorg zonder onnodige dubbele handelingen en onnodige wachttijden

Voor de **zorgverlener**:

- Meer tijd voor de patiënt door minder tijd kwijt te zijn met het zoeken van een vervolgzorgplek
- Geen gebruik van zijn (schaarse) expertise doordat hij/zij de juiste patiënt ziet: de juiste zorgverlener voor de patiënt

Voor de **acute zorgketen in zijn geheel**:

- Voorkomen van onnodig beroep op de acute zorg dat niet bijdraagt aan de gezondheid van de patiënt
- Verbeterde instroom en doorstroom van acute zorg door meer samenwerking tussen ketenpartners die elkaar goed weten te vinden
- Efficiëntere en effectievere inzet van (triage) personeel door samenvoeging en daarmee meer schaalgrootte
- Efficiënte inzet van capaciteit door inzicht in patiëntgegevens en beschikbare capaciteit in de gehele keten

1.3 Totstandkoming advies zorgcoördinatie

In het IZA hebben de partijen afgesproken om te komen tot landelijk dekkende zorgcoördinatie. Om de stap naar structurele en landelijk dekkende zorgcoördinatie te kunnen zetten, heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vijf brancheorganisaties vanuit de verpleging en verzorging (ActiZ), de ambulancezorg (Ambulancezorg Nederland), de huisartsenposten (InEen), de acute zorgnetwerken (Landelijk Netwerk Acute Zorg) en zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland) gevraagd om hem te adviseren over de inrichting van zorgcoördinatie.

Om te komen tot een onderbouwd advies over de inrichting van zorgcoördinatie is een zorgvuldig proces gevolgd waarin veel partijen zijn betrokken en geconsulteerd. Als bovengenoemde vijf partijen hebben wij verschillende scenario's voor de inrichting van zorgcoördinatie opgesteld en afgewogen. Wij hebben ons hierbij laten ondersteunen door diverse werkgroepen en klankbordgroepen, met afvaardiging vanuit het brede zorgveld⁶ en door onafhankelijke projectbegeleiding vanuit IG&H. Bij het opstellen van dit advies hebben we een aantal uitgangspunten gehanteerd:

1. Het advies ten aanzien van de inrichting van zorgcoördinatie moet voldoende scherp zijn om de doelstellingen van zorgcoördinatie te behalen.
2. Het advies presenteert een kwalitatieve beschrijving van zorgcoördinatie en het verwachte effect, dat tot stand is gekomen op basis van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens vanuit de pilots en ervaringen uit de praktijk. Het is niet mogelijk in deze fase het geïsoleerde effect van zorgcoördinatie op de acute zorgketen te kwantificeren.
3. Elk onderdeel van het advies is getoetst op drie aspecten: 1) mate van bijdrage aan de doelstellingen, 2) uitvoerbaarheid en 3) draagvlak bij betrokken partijen.

⁶ De verdere beschrijving van het proces en verantwoording is opgenomen in bijlage B.

4. De geadviseerde inrichting geldt als ambitie. Alle regio's starten in 2024 met het inrichten hiervan, met als doel landelijk dekkende zorgcoördinatie vanaf 2025⁷. Het tempo waarin en de manier waarop naar deze ambitie wordt bewogen, kan per regio verschillen. Het staat regio's vrij om samenwerkingen en oplossingen in te richten die verder gaan dan de geadviseerde inrichting.
5. Het advies betreft uniforme landelijke kaders en afspraken waar nodig, met ruimte voor regionale invulling waar mogelijk.
6. Ten aanzien van bekostiging en financiering geldt dat eerst gekeken moet worden hoe zorgcoördinatie optimaal kan worden ingericht en dat vervolgens gekeken moet worden welke bekostiging en financiering dat het beste kan faciliteren.
7. De geadviseerde inrichting zal zich moeten bewijzen in de praktijk. Daartoe dienen bij implementatie afspraken te worden gemaakt over monitoring van de effecten. Zo nodig moet kunnen worden bijgestuurd; dit betekent dat de in het advies beschreven inrichting van zorgcoördinatie voldoende flexibel moet zijn.

1.4 Tijd voor actie!

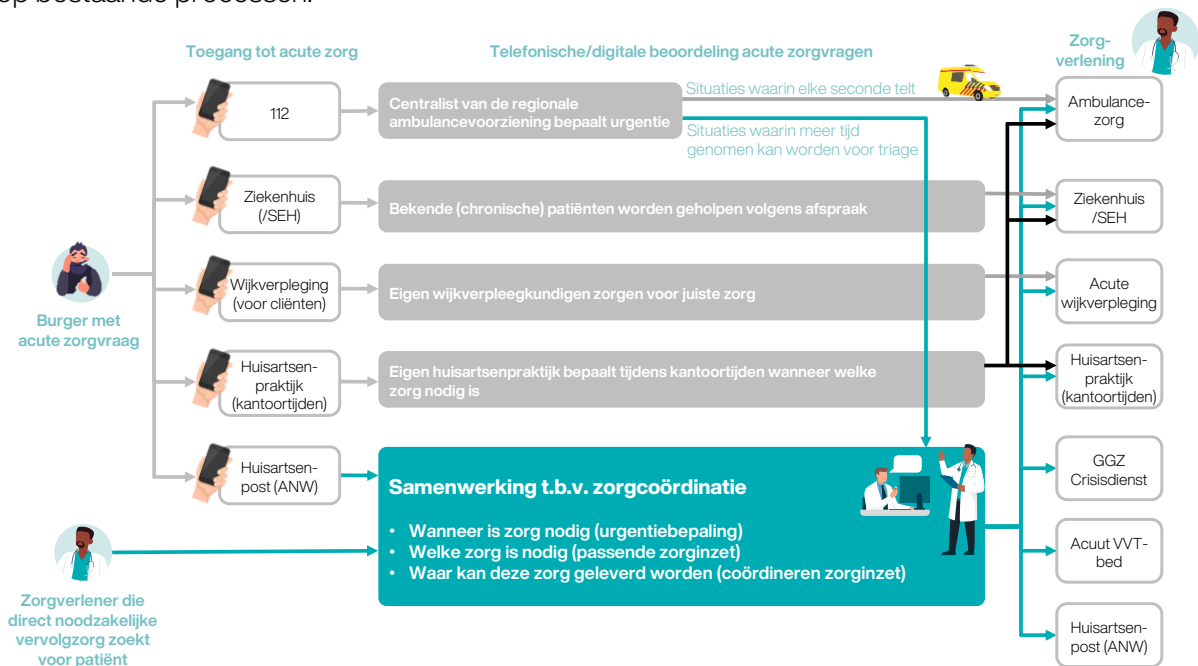
Dit adviesrapport beschrijft de inrichting van zorgcoördinatie die onze brancheorganisaties nodig achten om de doelstellingen te behalen. Daarbij zijn wij ambitieus en realistisch tegelijk. Ambitieus omdat de uitdagingen voor de acute zorg groot zijn. We leggen de lat hoog en kijken daarbij vooral naar wat er wél kan en wat op korte termijn nodig is. Realistisch omdat een nieuwe inrichting van de acute zorg draagvlak nodig heeft en dit tijd vraagt. En juist die tijd dringt, we weten dat we niet te lang kunnen wachten.

Daarom adviseren we de minister van VWS om ons advies in uitvoering te nemen. Dat kan in onze ogen op basis van het voorliggende adviesrapport. Daarbij vinden we het belangrijk om snel te starten met de realisatie, zodat het acute zorgveld het momentum niet verliest. Want alle partijen die nodig zijn voor de volgende stappen zijn bereid om nu samen aan de slag te gaan.

⁷ De start voor het inrichten van zorgcoördinatie is in lijn met de opdracht vanuit de minister aan de vijf partijen en de afspraken gemaakt in het IZA.

2 Advies op hoofdlijnen | Inbedding van zorgcoördinatie binnen de acute zorg

De inrichting van de toekomstige acute zorg blijft voor een deel gelijk aan de huidige situatie en wordt verbeterd doordat zorgcoördinatie de knelpunten zoals beschreven in paragraaf 1.1 aanpakt. Zorgcoördinatie begeleidt burgers met een acute zorgvraag en ontzorgt zorgverleners met een direct noodzakelijke vervolgzorgvraag voor hun patiënt. In Figuur 1 is schematisch weergegeven welke plek zorgcoördinatie inneemt in het acute zorglandschap en hoe dit aansluit op bestaande processen.



Figuur 1 Illustratieve weergave van zorgcoördinatie in het acute zorglandschap. Legenda: grijze blokken en stromen blijven onveranderd t.o.v. huidige situatie, blauwe blokken en stromen geven zorgcoördinatieprocessen weer

2.1 Toegang tot acute zorg

De toegang voor burgers met acute zorgvraag blijft gelijk aan de huidige situatie:

- 112:** Bij acute zorgvragen waar elke minuut telt, kan de burger 24/7 melding maken via 112. Deze melding wordt direct afgehandeld door de centralist van de regionale ambulancevoorziening (RAV-centralist). Voor 112-meldingen waarbij na urgentiebepaling blijkt dat meer tijd genomen kan worden voor triage, verandert het proces. Dit wordt verder toegelicht in paragraaf 2.2.
- Ziekenhuis (/SEH):** Bij overige acute zorgvragen wordt de burger bij voorkeur geholpen door een zorgverlener of -organisatie waar een behandelrelatie mee bestaat. Zij kennen de burger en de situatie immers het beste. Dit zijn bijvoorbeeld de eigen huisarts, een behandelend medisch specialist voor een patiënt met chronische aandoening of een verpleegkundige van de thuiszorg. Tijdens werktijden van deze zorgverleners kan de burger daar terecht. Dit verandert niet ten opzichte van de huidige situatie.
- Wijkverpleging (voor cliënten):** Tijdens werktijden van deze zorgverleners kan de burger daar terecht. Dit verandert niet ten opzichte van de huidige situatie.
- Huisartsenpraktijk (kantoortijden):** Tijdens werktijden van deze zorgverleners kan de burger daar terecht. Dit verandert niet ten opzichte van de huidige situatie.
- Huisartsenpost (ANW):** Wanneer een burger buiten werktijden van de eigen huisarts en/of andere eigen zorgverlener een acute zorgvraag heeft, neemt de burger contact op met de

huisartsenpost, zoals ook nu het geval is⁸. Het proces dat zich hierna afspeelt gaat veranderen, dit wordt toegelicht in paragraaf 2.2.

Voordat een burger een acute zorgvraag stelt, wordt de burger gestimuleerd gebruik te maken van een betrouwbaar middel voor digitale zelftriage⁹. Dit faciliteert een grote groep burgers die niet goed weet wat te doen met een acute zorgvraag en hiervoor laagdrempelig betrouwbare informatie op internet zoekt¹⁰. Naast digitale vormen van zelftriage blijft het altijd mogelijk om telefonisch contact op te nemen. Beide contactmogelijkheden bieden dezelfde mate van kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg. Digitale zelftriage geeft op basis van de klachten en het tijdstip een goed advies over wat de burger het best kan doen: zelfzorg, contact opnemen met de eigen huisarts of thuiszorg, contact opnemen met de HAP of contact opnemen met 112¹¹. Huisartsen(posten) kunnen op hun website of aan de telefoon verwijzen naar de mogelijkheid voor digitale zelftriage. Daarnaast is de ambitie om de opgegeven informatie, met instemming van de patiënt, naadloos over te kunnen dragen aan zorgverleners.

Het komt ook voor dat burgers met een acute zorgvraag zich als 'zelfverwijzer' presenteren op de SEH van het ziekenhuis, met name in de grote steden. Voor een deel van deze vragen is de SEH niet de aangewezen plek voor de burger. Het is wenselijk dat er in de toekomst in de desbetreffende regio's afspraken tussen ziekenhuizen en huisartsen worden gemaakt om zelfverwijzers van passende zorg te voorzien.

2.2 De zorgcoördinatievoorziening in het acute zorgveld

Een belangrijk nieuw onderdeel van de acute zorg is een regionale zorgcoördinatievoorziening (ZCV). In een ZCV werken ketenpartners domein-overstijgend samen om ervoor te zorgen dat de burger de best passende zorg krijgt, zie Figuur 2 voor een aantal voorbeeld casussen.

Wanneer een burger, tijdens de avonden, nachten en in de weekenden (ANW-uren), contact opneemt via de spoedlijn van de huisartsenpraktijk¹² of de huisartsenpost wordt de melding doorgeleid naar deze ZCV¹³. Wanneer een burger 112 belt en er na urgentiebepaling door een RAV-centralist geen sprake blijkt te zijn van een levensbedreigende acute zorgvraag¹⁴ wordt de melding, ongeacht het tijdstip, ook doorgeleid naar de ZCV.

De ZCV bepaalt welke zorg de burger op welk moment nodig heeft en waar deze zorg geleverd kan worden. De ZCV kan daarnaast een afspraak op de juiste plek inplannen voor de burger. In de uitvoering van dit proces werken primair de acute huisartsenzorg, ambulancezorg en onplanbare VVT-zorg samen¹⁵, in nauwe afstemming met poortspecialisten en SEH-artsen uit de ziekenhuizen en professionals binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Door dit proces in

⁸ Voor specifieke ziektebeelden en patiëntgroepen (bijv. oncologische patiënten of patiënten met specifieke chronische aandoening) bestaan duidelijke afspraken over toegang tot acute zorg zonder tussenkomst van de huisarts(-post). Deze afspraken blijven bestaan, zorgcoördinatie verandert hier niets aan. Ook de overdracht van dag naar ANW voor deze patiëntgroepen blijft bewaard en is leidend bij zorgcoördinatie.

⁹ Zelftriage door de burger op eigen initiatief, nog voordat de burger een zorgverlener raadpleegt voor zijn klachten.

¹⁰ Volgens de Patiëntenfederatie Nederland is er een grote groep burgers die behoefte heeft aan laagdrempelige, betrouwbare informatie op het internet; digitale zelftriage geeft invulling aan deze behoefte.

¹¹ Hier moet verder verkend worden of ook de GGZ een plek kan krijgen binnen digitale zelftriage.

¹² Wanneer een burger na kantoortijden de eigen huisarts belt in verband met een acute zorgvraag moet deze gefaciliteerd worden door automatisch doorgeleid te worden naar de ZCV, zonder dat de burger een nummer moet noteren en nog een keer moet bellen.

¹³ Regionaal kan bekeken worden of ook thuiszorgorganisaties meldingen buiten werktijd doorschakelen naar de ZCV.


¹⁴ De ambulancesector start binnenkort een implementatietraject voor nieuwe urgentie-indeling, waarbij na uitsluiten van de hoogste urgentie meer tijd genomen zal worden voor verdere triage. Zo krijgt de zorgvrager uiteindelijk vaker de juiste zorg op de juiste plek. Naast zorgvragen van de hoogste urgentie worden ook meldingen waar opgeschaalde zorg (i.c.m. politie en/of brandweer) nodig is direct door de RAV-centralist behandeld en niet door de ZCV.


¹⁵ Vanuit de pilots blijkt dat hiermee het merendeel van de acute zorgvragen goed getrieerd kan worden. Andere partners kunnen in de uitvoering van zorgcoördinatie worden betrokken afhankelijk van de behoefte van een regio.


gezamenlijkheid in de regio te organiseren kan schaars personeel efficiënt en effectief worden ingezet. Dit proces wordt verder toegelicht in hoofdstuk 3.

Zorgcoördinatie ontzorgt daarnaast zorgverleners die direct noodzakelijke vervolgzorg voor de patiënt zoeken¹⁶. Het zoeken naar passende en beschikbare zorg in de regio wordt, indien gewenst, uit handen genomen door de ZCV. Daarmee worden ook de patiënten en naasten geholpen. Omdat zorgverleners zowel tijdens werktijden als tijdens ANW-uren veel moeilijkheden ervaren bij het vinden van directe ongeplande vervolgzorg en soms uren moeten rondbellen voor het vinden van een beschikbare plek, is zorgcoördinatie 24 uur per dag, 7 dagen per week (24/7) voor hen beschikbaar. Een ZCV kan direct door een zorgverlener benaderd worden middels een regionaal nummer en een digitaal platform.

Voorbeeld casussen

 Pim (41 jaar) heeft tijdens een hockeywedstrijd een bal tegen zijn schouder gekregen. 's Avonds merkt hij dat het toch zijn schouder erg stijf is en lukt het niet zijn arm boven zijn schouder te bewegen. Hij zoekt online of hij hiervoor de huisartsenpost moet bellen. Uit online zelftriage blijkt dat hij beter kan afwachten tot de stijfheid wegtrekt en daarna, bij blijvende beperkingen, contact op moet nemen met zijn huisarts.

 Sara, een fitte en gezonde vrouw van 19 jaar, heeft pijn op de borst en belt 112. De RAV-centralist voert de ABCDE-triage uit en er blijkt geen sprake te zijn van een levensbedreigende situatie. Nu kan meer tijd genomen worden om aanvullende vragen te stellen om te bepalen wat nodig is. Sara wordt hiervoor warm doorverbonden met een zorgprofessional van de ZCV. Hier blijkt uit het gesprek met Sara dat ze volgende week eindexamen doet en dat dit haar erg veel stress oplevert. Uit haar medisch dossier blijkt tevens dat ze geen onderliggend lijden heeft. De ZCV-triagist geeft, in overleg met een regiearts, zelfzorgadvies en de oproep om contact op te nemen met de huisarts indien de pijn aanhoudt.

 Huisarts de Vries heeft op woensdagmiddag om 15:00 uur een visite gedaan bij een man van 80. De huisarts heeft vastgesteld dat het medisch niet verantwoord is om thuis te blijven, maar een ziekenhuisopname is niet nodig. De huisarts dient digitaal een aanvraag in bij de ZCV voor een VVT-bed voor kortdurend verblijf. De ZCV weet dit binnen 2 uur te vinden. De huisarts heeft in die 2 uur nog drie andere patiënten geholpen.

Figuur 2 Drie voorbeeld casussen hoe zorgcoördinatie bijdraagt aan passende acute zorg voor de burger

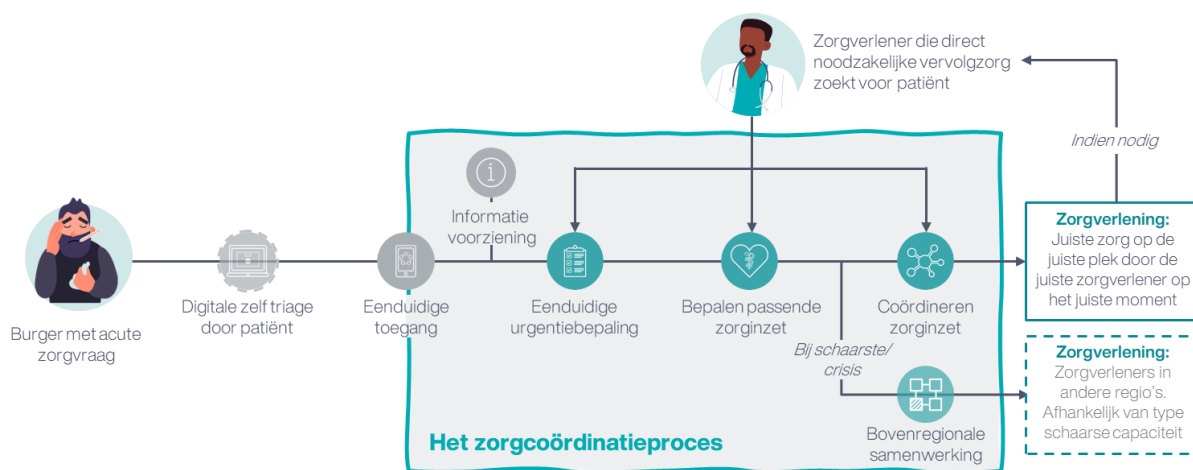
¹⁶Inclusief de zorgvragen die binnenkomen voor VVT-bed kortdurend verblijf.

3 Advies in meer detail | Zorgcoördinatie in de praktijk

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe zorgcoördinatie past binnen de toekomstige acute zorg. Dit hoofdstuk geeft meer details over welke activiteiten plaatsvinden in de zorgcoördinatievoorziening (3.1), hoe zorgcoördinatie regionaal wordt ingevuld (3.2) en hoe zorgcoördinatie werkt in tijden van schaarste (3.3).

3.1 Welke activiteiten vinden plaats in de zorgcoördinatievoorziening?

In de ZCV wordt door samenwerkende zorgprofessionals, waar mogelijk in nauwe afstemming met de burger, met hoge mate van kwaliteit en deskundigheid bepaald wanneer de burger zorg nodig heeft (*eenduidige urgentiebepaling*), welke zorg nodig is (*passende zorginzet*) en door wie deze zorg het beste verleend kan worden (*coördineren zorginzet*). Ook de zorgverlener kan, zoals in het vorige hoofdstuk beschreven, gebruik maken van de ZCV (*inzet ZCV voor zorgverleners*). Dit proces is schematisch weergegeven in Figuur 3.



Figuur 3 Schematische weergave van het zorgcoördinatieproces

Eenduidige urgentiebepaling en passende zorginzet: De burger die is doorgeleid naar een ZCV wordt geholpen door een triagist van de ZCV (ZCV-triagist). Deze triagist bepaalt eerst op basis van de ingangsklacht hoe urgent de zorgvraag van de burger is en vervolgens welke zorg de burger nodig heeft, mede op basis van relevante patiëntinformatie. De ZCV-triagist gebruikt hiervoor een ondersteunend protocol dat suggesties voor urgentie en passende zorginzet doet. De urgentiecodes zijn voor alle samenwerkende ketenpartners gelijk¹⁷ en de protocollen zijn geharmoniseerd. Dit houdt in dat de suggesties die voortkomen uit de protocollen zijn afgestemd tussen zorgprofessionals vanuit zowel de eerste- als de tweedelij. Samen ontwikkelen zij zorgpaden voor veel voorkomende ingangsklachten, zodat snel duidelijk is wat de beste zorginzet is¹⁸. Daarnaast heeft de ZCV-triagist kennis van een aantal domeinen van de acute zorgketen, bijvoorbeeld van zowel huisartsenzorg als acute wijkverpleging. De ZCV-triagist werkt samen met een regieteam (zie paragraaf 4.2) en consulteert eventueel andere ketenpartners voor ontbrekende expertise.

¹⁷ Het gaat hierbij ten minste om harmonisatie van urgentiecodes vanuit de huisartsenpost, RAV, acute wijkverpleging en SEH. Belangrijk hierbij is om ook de koppeling met Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) te maken. De ambulancesector is al bezig een stap te zetten om de urgentiecodes af te stemmen op de acute huisartsenzorg.

¹⁸ Hier wordt regionaal verbinding gemaakt tussen professionals in de eerste- en tweedelij (o.a. medisch specialisten in de ziekenhuizen en professionals vanuit de GGZ). Zie bijlage G voor voorbeelden van reeds ontwikkelde zorgpaden.

Uit de triage blijkt welke zorg nodig is en welke zorgverlener deze het beste kan verlenen. Dit kan zijn: een afspraak met de huisarts (visite, consult tijdens ANW-uren bij de HAP, consult tijdens kantoor tijden bij eigen huisarts), spoedafpraak in het ziekenhuis (o.a. SEH), inzet ambulancezorg, inzet acute wijkverpleging, opname VVT-bed voor kortdurend verblijf en inzet acute GGZ. In sommige gevallen zal zelfzorg de passende zorg zijn, dan stopt het zorgcoördinatieproces voor de burger. Als blijkt dat de burger wel acute zorg nodig heeft, wordt bepaald waar en wanneer deze zorg verleend kan worden.

Coördineren zorginzet: Om zo snel mogelijk beschikbare zorgcapaciteit te vinden, zonder dat er veel contact nodig is tussen ketenpartners, wordt gebruik gemaakt van regionale capaciteitsinformatie en een planningssysteem. De ZCV gebruikt deze hulpmiddelen om een afspraak in te plannen of mobiele zorgeenheden in te zetten, zodat de patiënt direct wordt geholpen. Het direct inplannen van een afspraak geldt voor de HAP of indien mogelijk de huisartsenpraktijk (de volgende werkdag). Ook inzet van mobiele zorgeenheden zoals ambulances en acute wijkverpleging kan direct worden geregeld via dit systeem. Voor het inplannen van patiënten op de spoedafdeling van het ziekenhuis (SEH of spoedpoli van een specifiek specialisme) en bij andere ketenpartners vindt eerst overleg plaats.

Inzet ZCV voor zorgverleners: Wanneer een zorgverlener contact opneemt met de ZCV, is urgentiebepaling in de meeste gevallen niet nodig (zie Figuur 3). De zorgverlener zelf kan een inschatting maken van de urgentie. De zorgverlener die ter plaatse is bij een patiënt voor prehospital triage (bijvoorbeeld een ambulanceverpleegkundige) en twijfelt over de juiste vervolgzorg, kan gebruik maken van (landelijk uniforme) digitale medische beslisondersteuning. Wanneer een zorgverlener aanvullende expertise wenst, helpt de ZCV-triagist bij het bepalen van de urgentie, passende zorginzet of indicatiestelling voor een VVT-bed voor kortdurend verblijf, eventueel door het consulteren van de juiste zorgverlener. Nadat in overleg met de verwijzende zorgverlener en (indien mogelijk) met de patiënt is bepaald wat de passende zorginzet voor de patiënt is, wordt uitgezocht waar en wanneer de patiënt ontvangen kan worden (coördineren van zorginzet).

3.2 Regionale invulling van de zorgcoördinatievoorziening

Het bovenstaande advies voor de toekomstige inrichting van zorgcoördinatie betreft een landelijk kader om gezamenlijk de juiste beweging in gang te zetten. De invulling van dit advies speelt zich af in de regionale context van de ROAZ-regio's. Deze regio's krijgen de ruimte en vrijheid om, binnen dit landelijke kader, een invulling te realiseren die past bij de regionale context¹⁹. De ambitie is dat in 2024 alle ROAZ-regio's starten met het inrichten van zorgcoördinatie.

Regionale samenwerkingsafspraken binnen het ROAZ: Het ROAZ²⁰ is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van het beleid in de eigen regio, binnen de landelijke kaders. De ROAZ-partijen (inclusief zorgprofessionals) maken in het ROAZ gezamenlijk afspraken over de inrichting van zorgcoördinatie en zijn betrokken bij de monitoring en evaluatie hiervan²¹. Voor de operationele uitvoering van zorgcoördinatie vormen de relevante partijen binnen het ROAZ één of meerdere ZCV's, zie Figuur 4. De bepaling van het aantal ZCV's moet zorgvuldig worden afgewogen, bij voorkeur zijn dit er één tot drie per ROAZ (zie voor verdere uitwerking paragraaf 4.6

¹⁹ Alternatieve opties rondom de inrichting van zorgcoördinatie die tijdens het project zijn overwogen worden beschreven in bijlage C.

²⁰ Deelnemende zorgaanbieders staan in de algemene maatregel van bestuur acute zorg (AMvB). Daarin wordt ook beschreven hoe toezicht wordt gehouden op het ROAZ.

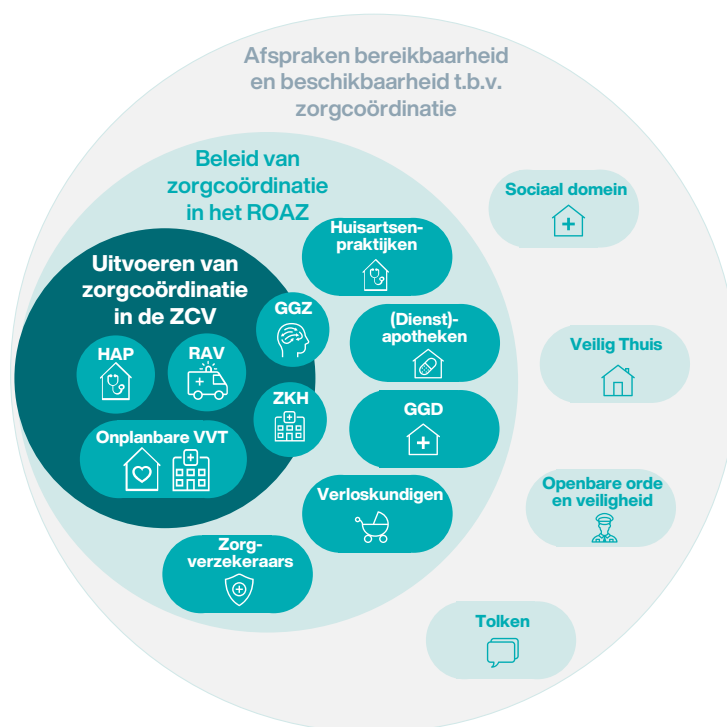
²¹ De plannen voor inrichting van zorgcoördinatie worden onderdeel van het ROAZ-plan, zoals afgesproken in het IZA (onderdeel C, paragraaf 6c). Hierbij worden ook afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en governance van en binnen het ROAZ, zoals afgesproken in het IZA (onderdeel C, paragraaf 6b).

‘Governance’). Het werkgebied van de ZCV moet niet dusdanig groot zijn dat het personeel de regio niet meer goed kent of de reisafstand naar het werk te groot wordt. Tegelijkertijd moet het werkgebied voldoende groot zijn om schaalvoordelen te benutten voor efficiënte en kosteneffectieve inrichting zorgcoördinatie, mede gezien de krapte op de arbeidsmarkt.

Regio's bepalen of fysiek en/of virtueel wordt samengewerkt in de ZCV: De regio kiest zelf een vorm die de domein-overstijgende samenwerking faciliteert, bijdraagt aan kennisdeling, bundeling van expertise en teamgevoel. Samenwerking kan vorm krijgen door fysiek op één of meerdere locaties samen te werken, virtueel via een digitaal platform of een combinatie van beide. Het is aan de regio's zelf om een voor hen passende en haalbare vorm te bepalen. Fysiek samenwerken kan bijdragen aan laagdrempelige afstemming en werkplezier. Virtueel samenwerken is mogelijk aantrekkelijker omdat reistijd vervalt. De beschikbaarheid van de juiste informatievoorziening en technische infrastructuur is een essentiële randvoorwaarde om virtueel samen te werken.

Regionaal organiseren van bereikbaarheid en beschikbaarheid: Naast de zorgaanbieders die onderdeel zijn van het ROAZ is het voor de regio wenselijk om ook de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de volgende partijen te borgen ten behoeve van in-, door- en uitstroom uit de acute zorgketen: sociaal domein, openbare orde en veiligheid, Veilig Thuis en tolken. Hier moeten regionaal afspraken over gemaakt worden.

Figuur 4 toont de betrokkenheid van de verschillende type ketenpartners, zoals in deze paragraaf beschreven. De acute geboortezorg wordt niet meegenomen in de uitvoering van zorgcoördinatie, aangezien dit om zeer specifieke acute zorg gaat. Echter is het wenselijk dat verloskundigen met acute vragen terecht kunnen bij een ZCV en dat de ZCV inzicht heeft in beschikbare capaciteit voor geboortezorg. Het is aan de regio's dit mee te nemen in de inrichting van zorgcoördinatie.



Figuur 4 De rol van ketenpartners met betrekking tot zorgcoördinatie²²

²² Vanuit ziekenhuizen zijn specifiek de SEH-artsen en poortspecialisten betrokken bij de vormgeving van een ZCV.

3.3 Het zorgcoördinatieproces in tijden van schaarste

Bij voorkeur wordt een burger altijd in de eigen regio, dichtbij huis geholpen. Zoals we tijdens de COVID-pandemie hebben ervaren, is het in uitzonderingssituaties en in individuele gevallen niet altijd mogelijk om de acute zorgvraag van een patiënt in de regio te beantwoorden. Bij een plotseling zeer hoge vraag in een regio moet het desondanks mogelijk zijn om de juiste acute zorg te kunnen leveren, eventueel met steun van een andere regio. Dit heeft met name betrekking op bijzondere capaciteit en expertise, zoals de SEH, (neonatale) intensive care en VVT-bedden voor kortdurend verblijf. Het is in tijden van schaarste wenselijk dat (boven)regionale verplaatsingen van patiënten gecoördineerd worden²³. Hiervoor krijgt één ZCV per ROAZ-regio de functie Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (RCPS). Het RCPS is ook verantwoordelijk voor een complete en actuele informatiepositie van de ketenpartners in de regio en heeft inzicht in landelijke capaciteit.

Naast de RCPS'en blijft de landelijke (informatie)voorziening in de vorm van het huidige Landelijke Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) operationeel om te voorzien in de informatie over de druk op de acute zorg²⁴ en, indien nodig, de coördinatie van de spreiding van de patiënten over de schaarse landelijke capaciteit.

²³ Deze voorziening gaat niet over de coördinatie van verandering in infrastructuur en capaciteit tijdens opschaling; hier blijven bestaande structuren intact vanuit de openbare orde en veiligheid en Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio.

²⁴ Het Dashboard Zorgketen dient hiervoor als basis informatievoorziening.

4 Veranderopgaven voor de realisatie van zorgcoördinatie

De inrichting van zorgcoördinatie brengt diverse veranderopgaven met zich mee. Het vraagt onder andere om nauwere samenwerking tussen ketenpartners, verandering in processen en goede en complete informatievoorziening. In dit hoofdstuk worden zeven veranderopgaven geschetst, die nodig zijn om de beschreven inrichting te kunnen realiseren (zie Figuur 5). Daarnaast worden in bijlage H de samenvattingen vanuit werkgroepen op deze onderwerpen gedeeld.



Figuur 5 Veranderopgaven voor de realisatie van zorgcoördinatie

Het verandertraject voor de inrichting van zorgcoördinatie gaat gepaard met potentiële risico's en onzekerheden, onder andere rondom de continuïteit van zorg en het effect van zorgcoördinatie. Het is van belang de risico's tijdens implementatie te monitoren en waar nodig en mogelijk te mitigeren, dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 5. In dit hoofdstuk (hoofdstuk 4) wordt per veranderopgave een aantal aandachtspunten uitgelicht in tekstkaders. Deze aandachtspunten moeten worden meegenomen in de afweging tussen de risico's en het verwachte effect van zorgcoördinatie.

4.1 Veranderopgave 1: Inrichting van ZCV-processen

Burgers met een acute zorgvraag melden zich onder andere bij de HAP, bij 112 en bij de eigen wijkverpleging (zie ook paragraaf 2.1) en komen niet altijd direct op de juiste plek. De triagisten en centralisten beoordelen de vraag en geleiden de burger naar de juiste plek. Zo kan een burger die zich bij 112 meldt doorverwezen worden naar de huisarts of een burger die zich heeft gemeld bij de huisarts kan te horen krijgen dat een ambulance onderweg is.

Om dit proces vloeiend te laten verlopen, richt iedere ZCV werkprocessen in om zorgcoördinatie, zoals beschreven in hoofdstuk 3, uit te kunnen voeren. Deze paragraaf beschrijft de belangrijkste veranderopgaven en aandachtspunten rondom de inrichting van deze processen, waarbij werkprocessen van de huisartsenposten, ambulancezorg, eerstelijnsverblijf-coördinatiefuncties en acute wijkverpleging samenkomen.

Samenhang huidige processen huisartsenpost en nieuwe ZCV-processen

De HAP's blijven gewoon bestaan voor huisartsenconsulten. De processen rondom telefonische triage en het maken van afspraken voor de burger wordt per regionale ZCV georganiseerd, zie ook Figuur 6:

- De telefonische triage die thans op de HAP's wordt uitgevoerd, wordt onderdeel van de regionale ZCV: alle telefonische HAP-meldingen worden automatisch doorgeleid naar de ZCV. Zo ontstaat er voor iedere ZCV één centrale bron van meldingen.

- Het inplannen van consulten op de HAP's en het aansturen van visite-auto's in de regio wordt centraal vanuit de ZCV gedaan. Hiervoor is een integraal HAP planningssysteem nodig (zie ook veranderopgave 4).
- Bij het inplannen wordt de burger in principe naar de HAP verwezen waar de eigen huisarts bij is aangesloten, maar is het voor de burger ook mogelijk om naar een andere HAP in de regio te gaan als daar bijvoorbeeld een kortere wachttijd is. Patiëntendossiers van de huisarts moeten hiervoor breder te raadplegen zijn dan alleen door de eigen HAP (zie ook veranderopgave 3).
- Wanneer telefonische wachttijden in de regio oplopen, kan de ZCV besluiten meldingen door te schakelen naar een aangrenzende ZCV of een pre-triage proces in te richten, waarmee de spoedmeldingen uit de wachtrij gefilterd worden. Dit optionele proces wordt verder toegelicht in bijlage D.
- HAP's bieden digitale zelftriage aan via eigen website en wijzen de burger hierop in het telefonisch menu. Meldingen die via deze weg binnenkomen worden doorgeleid naar de ZCV (zie ook veranderopgave 5).

Samenhang huidige processen ambulancezorg en nieuwe ZCV-processen

Indien een zorgvraag via 112 bij de RAV binnenkomt en bij de ABCDE-triage blijkt dat er sprake is van een levensbedreigende situatie worden meteen één of meerdere ambulances ingezet en kan de RAV-centralist instructie op afstand geven. In het geval van opgeschaalde zorg wordt direct gehandeld volgens de geldende GRIP-procedures. Deze processen blijven onveranderd.

Indien voor een 112-melding blijkt dat sprake is van een niet-levensbedreigende situatie, kan meer tijd genomen worden om aanvullende vragen te stellen en te bepalen of inzet van een ambulance of ander type zorg nodig is. In dit geval wordt de zorgvrager warm doorverbonden naar de ZCV, waar deze uitgebreidere triage plaatsvindt (zie Figuur 6). Dit is één vloeiend proces waarbij tevens overdracht van triage-informatie plaats.

Op basis van de triage moet de ZCV direct opdracht kunnen geven tot inzet van zorg, inclusief de inzet van een ambulance, als blijkt dat dit noodzakelijk is. In dit proces heeft de RAV te allen tijde regie op haar eigen capaciteit zodat zij kan voldoen aan haar (medische) verantwoordelijkheid, ook bij multi-inzet en opschaling bij crises. Hiervoor is het noodzakelijk dat een landelijk uniforme procesbeschrijving wordt vastgesteld voor de samenhang tussen het veiligheidsdomein en het zorgdomein.

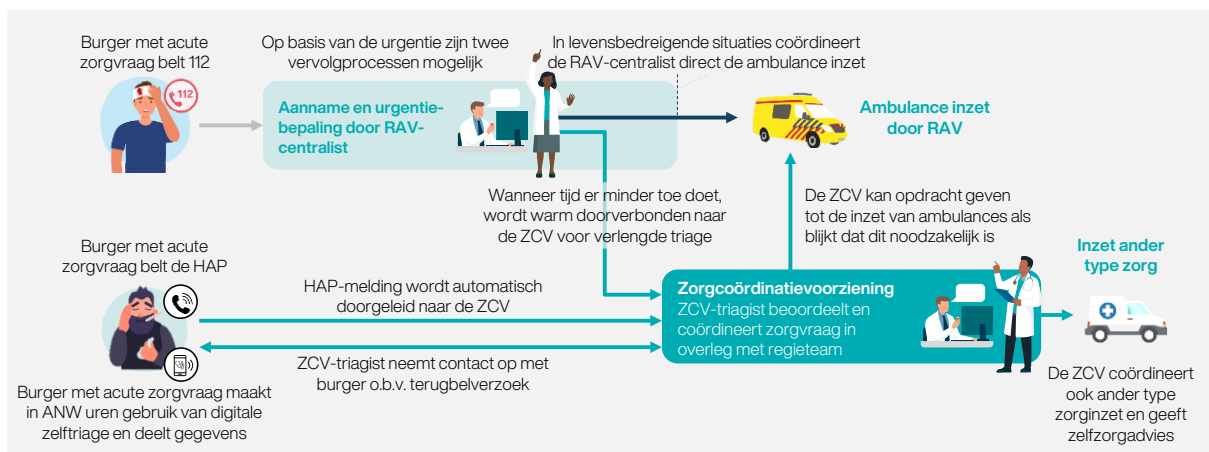
Aandachtspunten/advies:

1) Vertegenwoordigers vanuit het openbare orde domein (Justitie en Veiligheid) geven aan dat vitale meldkamerprocessen ten aanzien van noodhulpverlening en crisisbeheersing geborgd moeten worden.

Het is nodig dat tussen de ministeries van Justitie en Veiligheid (JenV) en VWS overeenstemming wordt bereikt over de aansluiting tussen het meldkamerdomein en het zorgdomein. Hierbij moet nader onderzocht worden of aanpassing van de wet- en regelgeving noodzakelijk is.

2) Bij het uitwerken van de ambulancezorgprocessen is het van belang verbinding te maken met de vernieuwde urgentie indeling voor ambulancezorg (AZN)²⁵.

²⁵ [Passende zorg door nieuwe urgentie-indeling](#), Ambulancezorg Nederland (AZN)



Figuur 6 Samenhang processen HAP en ambulancezorg en nieuwe processen zorgcoördinatievoorziening

Samenhang huidige processen eerstelijnsverblijf-coördinatiefuncties, acute wijkverpleging en nieuwe ZCV-processen

Om zorgverleners te ontlasten door middel van zorgcoördinatie, is het vinden van het juiste VVT-bed voor kortdurend verblijf of inzet van acute wijkverpleging onmisbaar. Om dit proces vanuit de ZCV te kunnen faciliteren, is aansluiting van de bestaande eerstelijnsverblijf-coördinatiepunten en acute wijkverpleging bij de ZCV nodig, welke nu door specifieke aanbieders in de regio geleverd wordt.

Regionaal kan bekeken worden of thuiszorgorganisaties meldingen buiten werktijden, bijvoorbeeld via personenalarmering, doorschakelen naar de ZCV. Daarnaast kunnen zorgbemiddelaars vanuit zorgcentrales ook contact opnemen met de ZCV indien zij aanvullende expertise nodig hebben.

Aandachtspunten/advies:

- 1) Nederland kent 42 eerstelijnsverblijf-coördinatiepunten die moeten aansluiten bij zorgcoördinatie. Daarnaast moeten, in zoverre dat nog niet gebeurt, afspraken gemaakt worden over de beschikbaarheid van acute wijkverpleging in de regio. Aansluiting bij de ZCV is dan ook een flinke veranderopgave voor alle ketenpartners.
- 2) Het verlenen van acute wijkverpleging aan voor de organisatie onbekende cliënten wordt bemoeilijkt door het ontbreken van de juiste regelgeving die hierin voorziet. Hier is vervolgonderzoek nodig.

Inrichten operationele processen

Naast bovenstaande samenhang moet iedere ZCV organisatorische processen inrichten om zo goed mogelijk te functioneren en door te ontwikkelen. Zo is het voor succesvolle zorgcoördinatie van groot belang dat wordt teruggekoppeld aan de ZCV of de ingezette zorg, zowel in de eerste als tweedelijns, passend bleek voor de patiënt. Op basis hiervan kunnen domein-overstijgende casusbesprekingen worden georganiseerd, waarbij ook de artsen uit de ziekenhuizen en GGZ worden betrokken. Zo kan gezamenlijk worden afgestemd en bijgesteld of patiënten goed zijn doorverwezen en ontstaat een lerend systeem. Ook worden tussen ZCV's ervaringen gedeeld om van elkaar te leren. In bijlage D worden verdere aanbevelingen gedaan rondom organisatorische processen.

Aandachtspunten/advies: Zorgaanbieders verzamelen al heel veel data over o.a. geleverde zorg en uitkomsten. Door de data integraal te verzamelen, samen te brengen en te analyseren ontstaan waardevolle inzichten op basis waarvan evaluatie en besluitvorming kan plaatsvinden. Om hiervoor structurele processen in te richten is het nodig beschikbaarheid van data en het integrale gebruik nader te specificeren.

4.2 Veranderopgave 2: Personeel, competenties en opleiding

Voor het uitvoeren van zorgcoördinatie is bevoegd en bekwaam personeel nodig. Dit personeel is schaars. Het is dan ook belangrijk om in te zetten op behoud en efficiënte inzet van triageprofessionals. De huidige functies en opleidingen binnen de huisartsenposten, ambulancezorg en eerstelijnsverblijf-coördinatiefuncties worden bij voorkeur voor zorgcoördinatie doorontwikkeld om domein-overstijgend en efficiënt samen te kunnen werken. Hiervoor zijn onderstaande functies binnen de ZCV omschreven:

Zorgcoördinatievoorziening triagist (ZCV-triagist): De ZCV-triagist neemt meldingen van burgers en/of zorgverleners aan die binnenkomen bij de ZCV, voert telefonische triage uit en zorgt (indien nodig) direct voor acute zorg door het inplannen van een afspraak bij een zorgverlener. Een ZCV-triagist heeft kennis van ten minste één en bij voorkeur meerdere acute zorgdomeinen (acute huisartsenzorg, acute wijkverpleging, ambulancezorg, kortdurend VVT-verblijf). De ZCV-triagist is dus ofwel monodisciplinair ofwel domein-overstijgend. De inzet van domein-overstijgende (multidisciplinaire) triagisten is het basisuitgangspunt, gezien de mate waarin dit kan leiden tot arbeidsbesparing, maar niet per definitie te realiseren. Bij de aandachtspunten is dit meer uitgebreid beschreven. De inzet van multidisciplinaire triagisten is met name in de rustige uren noodzakelijk, voor efficiënte en effectieve inzet van personeel.

Triagepersoneel van de ZCV (voormalig HAP-triagisten, verpleegkundig centralisten, zorgbemiddelaars of nieuwe instromers) wordt hiervoor, naar keuze, opgeleid en bijgeschoold op basis van modules. Het domein-overstijgend opleiden van triagepersoneel biedt op deze manier taakverrijking en loopbaanperspectief en maakt daarnaast flexibele en efficiënte inzet van schaars personeel mogelijk.

Zorgcoördinatievoorziening regieteam (ZCV-regieteam), inclusief coördinerend (huis)arts: Een domein-overstijgend, superviserend regieteam met medische en verpleegkundige expertise dat volledig beschikbaar is voor overleg met ZCV-triagisten, met daarin ten minste een coördinerend (huis)arts. Regionaal wordt bekeken welke medische en verpleegkundige expertise daarnaast vertegenwoordigd is in het ZCV-regieteam. Wanneer fysiek wordt samengewerkt is ten minste de coördinerend arts op locatie aanwezig.

Zorgcoördinatievoorziening consultatieteam (ZCV-consultatieteam): Een team van domeinexperts waarmee het ZCV-regieteam contact kan opnemen ter consultatie in specifieke situaties. De domeinexperts functioneren als achterwacht en blijven eigen werkzaamheden uitvoeren. Het gaat ten minste om een specialist ouderengeneeskunde, triagist Acuut Psychiatrische Hulpverlening, SEH-arts en relevante poortspecialisten (bijv. cardioloog, kinderarts, etc.). Regionaal wordt in afstemming met de beroepen bepaald hoe bereikbaarheid en beschikbaarheid van deze domeinexperts wordt georganiseerd.

Zorgcoördinatievoorziening dispatcher (ZCV-dispatcher): Dit is een optionele extra functie (logistiek medewerker met enige medische kennis) of een aanvullende rol van een ZCV-triagist. De ZCV-dispatcher heeft als taak het coördineren en aansturen van geschikte en beschikbare mobiele zorgeenheden.

De benodigde competenties, instroomeisen en opleidingen voor deze functies moeten verder uitgewerkt worden. Het advies is om dat landelijk op te pakken en daarbij aansluiting te zoeken bij het bestaande samenhangende stelsel van initieel verpleegkundig (of medisch) (vervolg)onderwijs. In bijlage E wordt een aantal uitgangspunten meegegeven om hierbij te hanteren. Zie daarnaast voor een volledige samenvatting vanuit de werkgroep Competenties en opleiding bijlage H.

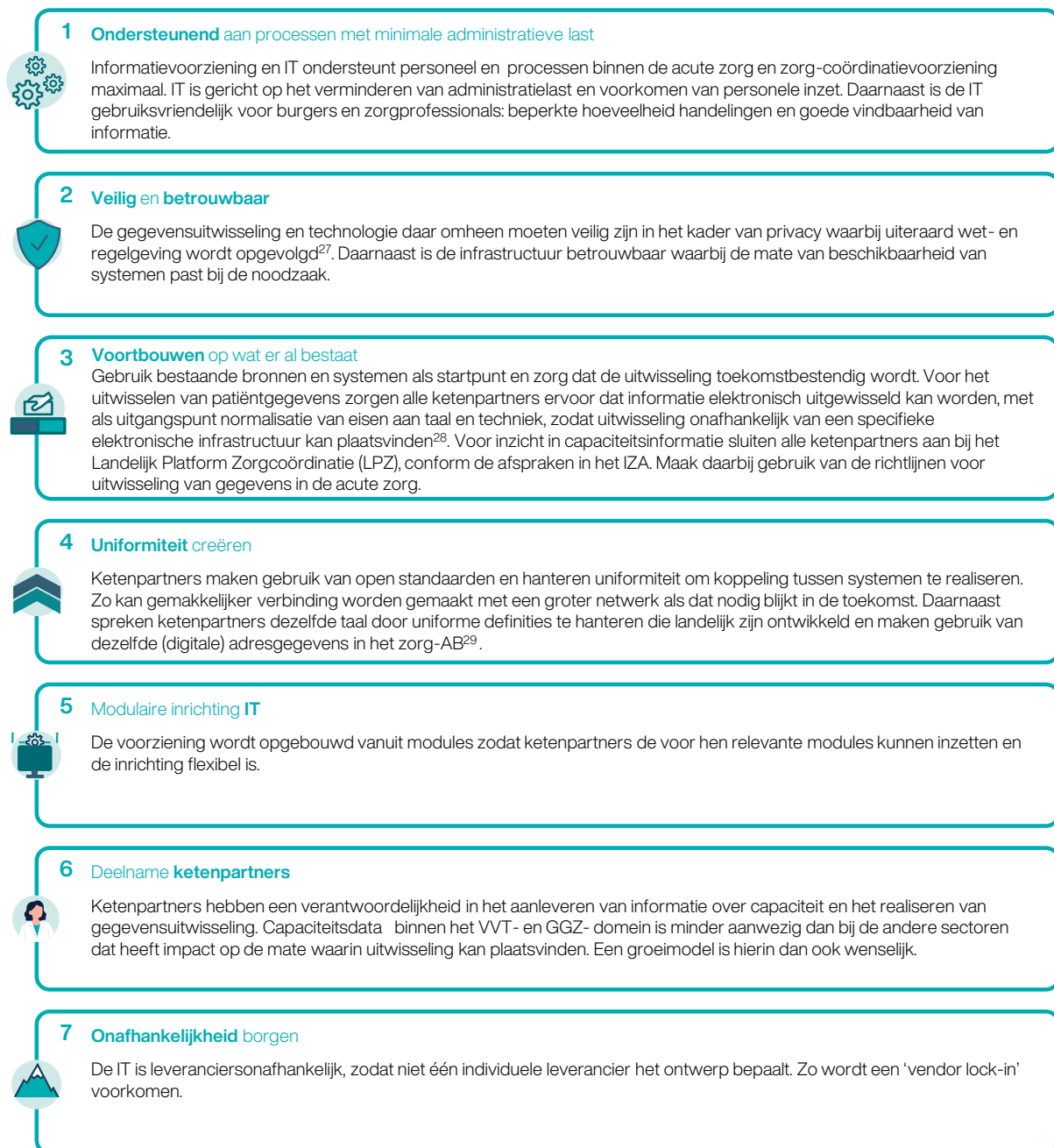
Aandachtspunten/advies:

- 1)** Het niveau van ZCV-triagisten loopt uiteen op basis van de domeinen waarvoor ze zijn opgeleid en het aantal domeinen waarvoor ze zijn opgeleid. Hiervoor moeten functieprofielen en salarisschalen verder uitgewerkt worden.
- 2)** Voor de RAV vindt mogelijk functiedifferentiatie plaats op basis van de twee verschillende processtromen zoals beschreven in paragraaf 4.1. Verpleegkundig centralisten gaan een belangrijke rol spelen in de ZCV en kunnen doorontwikkelen tot ZCV-triagist.
- 3)** Instroomeisen van de huidige HAP-triagist zijn per 01-01-2023 losgelaten vanwege de arbeidsmarktkrapte. Echter bij een ZCV-triagist komen meer taken te liggen dan bij de huidige HAP-triagist, wat mogelijk vraagt om een hoger opleidingsniveau. Dit is alleen haalbaar als zorgcoördinatie leidt tot substantieel minder triagepersoneel, hiermee moet bij de regionale inrichting van de ZCV rekening gehouden worden.
- 4)** De meeste HAP-triagisten zoeken naar afwisseling in hun werk, direct persoonlijk contact en werken het liefst dicht bij huis²⁶. Afhankelijk van de gekozen vorm van de ZCV zal de werkomgeving veranderen. Dat kan voor de huidige medewerkers een bedreiging zijn voor het werkgelek en leiden tot ongewenste uitstroom, dit is een risico dat regionaal gemonitord moet worden.
- 5)** Er is sprake van een arbeidsmarkt-paradox: hoger opgeleid personeel kan efficiënter ingezet worden; het kost echter veel tijd en inspanning om dit personeel te vinden en op te leiden terwijl de druk op acute zorg al heel hoog is. Hier is een balans in nodig.
- 6)** Voor artsen die deel uitmaken van een regieteam is een training/cursus nodig om bij te scholen op het regie-aspect, omdat dit wezenlijk anders is dan zorgverlening op de werkvloer. Daarnaast kunnen verpleegkundig specialisten en Physician Assistants mogelijk ook een rol hebben in het regieteam. De uitvoerbaarheid en wenselijkheid hiervan moeten regionaal verder onderzocht worden.
- 7)** De verschillende domeinen hebben andere kostendekkende financiering voor bij- en nascholing, welke mogelijk niet aansluiten bij de benodigde scholing voor zorgcoördinatie. Hier zouden ketenpartners inclusief financiers samen in moeten optrekken.

4.3 Veranderopgave 3: Inzicht in relevante patiëntgegevens

Voor het efficiënt uitvoeren van zorgcoördinatie hebben zorgprofessionals informatie nodig. Allereerst gaat dit om patiëntgegevens om de passende zorginzet te bepalen. Uiteraard is een aantal (technologische) uitgangspunten voor het delen van gegevens tussen ketenpartners van toepassing. Deze uitgangspunten gelden voor veranderopgave 3 t/m 5 (zie Figuur 7).

²⁶ Onderzoeksrapport: De werkbeleving van de triagist. 22 augustus 2022



Figuur 7 Uitgangspunten voor de realisatie van informatievoorziening^{27, 28, 29}

Patiëntgegevens zijn nodig om de patiënt naar de best passende zorg te begeleiden, rekening houdend met de context. Het is daarvoor belangrijk dat zorgprofessionals een set aan informatie zien die voor hen relevant is. Dat betekent dat gegevensuitwisseling plaats kan vinden zowel binnen de zorgcoördinatievoorziening als met andere partijen waar de patiënt naartoe wordt doorverwezen.

De benodigde patiëntgegevens voor zorgcoördinatie kunnen opgedeeld worden in drie categorieën. In Figuur 8 staat een overzicht van de specifieke informatie per categorie (zie bijlage F voor een uitgebreidere toelichting). Ten eerste, de **essentiële gegevens** die onmiddellijk

²⁷ Wet- en regelgeving die voornamelijk van belang zijn, zijn: Algemene verordening gegevensbescherming (AVG), Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg en Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg.

²⁸ Zoals bedoeld in de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg.

²⁹ Het zorgadressenboek met alle gedetailleerde (digitale) adresgegevens van zorgaanbieders en zorgverleners.

benodigd zijn om de urgentie van de zorgvraag te kunnen inschatten. Het delen van deze gegevens, met uitzondering van de actuele locatie, is in de huidige situatie al mogelijk en kan daarom met minimale inspanning ingebed worden in de processen voor zorgcoördinatie. Ten tweede, **benodigde gegevens** die zorgen dat urgentiebepaling en zorginzet beter kunnen worden uitgevoerd. Tot slot gegevens die handig en **behulpzaam** zijn om te hebben, maar niet noodzakelijk zijn voor het primaire proces. Het delen van benodigde en behulpzame gegevens vraagt meer inspanning van het zorgveld.



Figuur 8 Patiëntgegevens die nodig zijn in het zorgcoördinatieproces uitgesplitst in drie categorieën

Aandachtspunten/advies:

- 1)** Gegevensuitwisseling van de 'benodigde gegevens' en 'behulpzame gegevens'³⁰ vraagt inspanning van het zorgveld. In het programma Met Spoed Beschikbaar is gegevensuitwisseling in de acute zorg mogelijk gemaakt voor een gedeelte van de ketenpartners. Als vervolg op dit programma vindt voor de Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute zorg³¹ verdere implementatie plaats in 2023 en 2024³². Het is essentieel dat ketenpartners aansluiten op deze richtlijn en de berichtenuitwisseling in systemen realiseren. De berichtenuitwisseling vanuit de ambulance naar de huisarts is grotendeels geïmplementeerd. Echter, berichten vanuit huisartsenposten naar ziekenhuizen en meldkamer vindt bij een derde van de zorgaanbieders plaats.
- 2)** In het IZA is afgesproken dat partijen onder leiding van Nictiz initiatief nemen om de reikwijdte van de Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute zorg uit te breiden met het oog op effectieve zorgcoördinatie. Het is van belang dat de richtlijn wordt uitgebreid naar de domeinen GGZ en VVT. Het ontsluiten van deze informatie kent naar verwachting een langere doorlooptijd (tot na 2025) waardoor het risico bestaat dat informatie uit deze domeinen tijdens de uitrol van zorgcoördinatie nog niet beschikbaar is. Belangrijk is dat ZCV's pragmatisch acteren bij gebrek aan patiëntinformatie uit specifieke domeinen.
- 3)** Een groot knelpunt is dat de patiënt altijd nog toestemming moet geven voor het delen van gegevens. Een aanpassing in de wetgeving naar een opt-out voor toestemming in de acute zorg zou een kantelpunt zijn voor deze informatievoorziening. Er wordt een wetsvoorstel voorbereid met betrekking tot het zonder toestemming uitwisselen van patiëntgegevens in de acute zorg³³.
- 4)** Het delen van informatie over de actuele locatie, terugbelverzoek (authenticatie en contactgegevens), informatie over eerdere 'acute zorg contacten' vergt nader onderzoek in het kader van wet- en regelgeving voor algemene persoonsgegevens.

³⁰ Met uitzondering van 'wensen van de patiënt'.

³¹ Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp.

³² Een selectie van deze uitwisselingen wordt in 2023 opgenomen in de Meerjarenagenda van de Wegiz om te onderzoeken of er een wettelijke verplichting komt op de elektronische uitwisseling van deze gegevens.

³³ De wetsaanpassing in de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg die zorgt voor een opt-out in plaats van een opt-in voor het delen van patiëntgegevens in de acute zorg wordt voorgelegd aan het parlement in de zomer van 2023.

4.4 Veranderopgave 4: Inzicht in capaciteit van ketenpartners

Capaciteitsinformatie is noodzakelijk voor het coördineren en plannen van zorginzet op basis van actuele beschikbaarheid in de regio. Dit betekent dat vier categorieën informatie nodig zijn in de informatievoorziening (zie Figuur 9).

De informatie over de zorginstelling en de beschikbare capaciteit is essentieel om zorginzet te kunnen coördineren. De informatie over drukte en locatie van de zorgverlener is behulpzaam om te hebben en vergemakkelijkt het proces. In een aantal regio's bestaan al voorbeelden waarin deze informatie vanuit de ziekenhuizen, HAP en ambulancezorg wordt gedeeld. Op deze voorbeelden kan worden voortgebouwd. Voor de onplanbare VVT is meer inspanning en een langere doorlooptijd nodig. Naast het inzichtelijk maken van capaciteitsinformatie, is het nodig dat voor de huisartsenpraktijk, HAP, ambulances en acute wijkverpleging een planningsmodule wordt ontwikkeld zodat vanuit de ZCV zorginzet direct kan worden ingepland.



Figuur 9 Categorieën capaciteitsgegevens

Aandachtspunten/advies:

- 1)** Het Landelijk Platform is een landelijk systeem dat inzicht geeft in de capaciteit van ziekenhuizen. Dit systeem dient verder geïmplementeerd te worden in alle ziekenhuizen. Het is hiervoor noodzakelijk dat eenduidige definities voor capaciteitsinformatie worden gehanteerd en dat het systeem wordt uitgebreid met een planningsmodule.
- 2)** Voor de ambulancezorg is de capaciteit ook grotendeels inzichtelijk. Deze data moet beschikbaar worden gemaakt binnen de ZCV's. De verwachting is dat implementatie in de regio's voor januari 2025 gerealiseerd kan worden.
- 3)** In het IZA is afgesproken dat relevante zorgaanbieders, waaronder eerstelijnsverblijf en acute WLZ-zorg aansluiten het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) en verplicht capaciteitsinformatie delen. Tevens is voor de acute wijkverpleging en 'herkenbaar & aanspreekbaar wijkverpleging' afgesproken dat geïnventariseerd wordt welke elementen in het

LPZ terug moeten komen op een praktisch uitvoerbare manier. Voor zorgcoördinatie is het noodzaak de beschikbare capaciteit vanuit huisartsenpraktijken, HAP en acute GGZ toe te voegen aan het LPZ. Deze data bestaat nog maar in beperkte mate. De verwachting is dat het ontwikkelen van een volledig landelijk dekkend capaciteitsstelsel voor deze partijen een langere doorlooptijd heeft dan voor ziekenhuizen en ambulancezorg (na 2025). Ook hiervoor geldt dat de ZCV's pragmatisch omgaan wanneer capaciteitsgegevens nog niet beschikbaar zijn.

4.5 Veranderopgave 5: Infrastructuur zorgcoördinatievoorziening

Voor het uitvoeren van zorgcoördinatie is een infrastructuur nodig die uitwisseling van patiëntgegevens mogelijk maakt en waarin capaciteitsinformatie inzichtelijk is. Daarnaast moet deze infrastructuur faciliteren dat de ZCV nieuwe informatie over de patiënt kan registreren en overdracht naar zorgverleners kan plaatsvinden. Tevens is de ambitie om digitale zelftriage te integreren met deze infrastructuur. Zo worden uitkomsten vanuit de zelftriage direct zichtbaar voor bijvoorbeeld een triagist. Daarnaast is het wenselijk dat managementinformatie beschikbaar wordt binnen een ZCV, bijvoorbeeld terugkoppeling vanuit zorgverleners, zodat de samenwerking en de toegankelijkheid, veiligheid en daarmee ook de kwaliteit van zorg verbeterd kunnen worden.

In de pilots zijn diverse inrichtingen voor gegevensuitwisseling beproefd. Zo kunnen ketenpartners in eigen systemen blijven werken en is er een oplossing gebaseerd op berichtenuitwisseling. Een andere optie is dat ketenpartners samenwerken in één systeem. De keuze voor een bepaalde inrichting is sterk afhankelijk van de vorm en governance die binnen een ZCV worden gekozen. Advies is daarom om in een vervolgfase dit verder uit te werken waarbij wordt voorkomen dat vendor lock-in ontstaat.

4.6 Veranderopgave 6: Governance

Het ROAZ is, binnen de landelijke kaders, verantwoordelijk voor het opstellen van het regionale zorgcoördinatiebeleid en een goede informatiepositie van alle voor de acute zorg benodigde regionale beschikbare capaciteit. Het ROAZ realiseert dit in afstemming met de zorgaanbieders en -professionals in de regio, passend bij de afspraken die gemaakt zijn in het IZA³⁴. Daarnaast worden binnen het ROAZ afspraken gemaakt over de uitvoering van bovenregionale spreiding in tijden van schaarste (RCPS-functie) en vindt binnen het ROAZ monitoring en evaluatie van (de implementatie van) zorgcoördinatie plaats.

Om het beleid te operationaliseren worden door de relevante zorgaanbieders binnen het ROAZ één of meerdere ZCV's gevormd (zie paragraaf 3.2). De deelnemende ketenpartners binnen de ZCV vormen samen een entiteit en maken afspraken over de regionale inrichting en samenwerking. De vijf partijen die dit advies hebben opgesteld, zijn ervan overtuigd dat het vormen van een entiteit ervoor zorgt dat zorgcoördinatie in de regio's van de grond komt. De opties zijn: een samenwerkingsverband, een rechtspersoon of een zelfstandige zorginstelling. De juridische vorm moet de werkprocessen van zorgcoördinatie faciliteren en het mogelijk maken om de ZCV optimaal in te richten zodat bijvoorbeeld duidelijkheid ontstaat over medische eindverantwoordelijkheid en informatie-uitwisseling van de grond komt.

Ook voor de schaal waarbinnen de ZCV/entiteit acteert zijn verschillende opties mogelijk: per ROAZ of per sub-regio. De keuzes rondom schaal en governance van de ZCV hangen samen met de wijze waarop bekostiging en financiering worden ingericht. Hier zijn ook verschillende opties mogelijk, welke in de volgende paragraaf worden toegelicht. Vervolgens wordt in

³⁴ IZA Onderdeel C, paragraaf 2d (rol en governance LNAZ) en 6b (rol en governance ROAZ).

paragraaf 4.8 de samenhang tussen deze onderwerpen weergegeven in verschillende scenario's.

4.7 Veranderopgave 7: Bekostiging en financiering

Om zorgcoördinatie landelijk dekkend in te richten, dienen bekostiging en financiering de juiste prikkels te bieden om samenwerking en coördinatie tussen ketenpartners van de grond te laten komen. Bekostiging en financiering heeft impact op het behalen van de doelstellingen. Er zijn verschillende opties voor de bekostiging en financiering³⁵. In tabel 1 staat beschreven in hoeverre deze opties de juiste prikkels (kunnen) bevatten en bijdragen aan de doelstelling van zorgcoördinatie. De samenhang met schaal en governance wordt vervolgens beschreven in paragraaf 4.8.

De beschreven opties gaan alleen over de bekostiging en financiering van zorgcoördinatie en niet over de zorgverlening zelf. Naast het belang van een passende systematiek voor zorgcoördinatie is het belangrijk dat de inzet van zorg op verzoek van de ZCV gefinancierd wordt. Specifiek voor de acute VVT ontstaan door zorgcoördinatie nieuwe patiëntstromen waar nu geen passende bekostiging en financiering voor bestaat. Het is een randvoorwaarde dat voor zowel de acute wijkverpleging voor bij de betreffende zorgaanbieder onbekende cliënten als voor bedden, desgewenst in de avond, nacht en weekenden, adequate bekostiging en financiering wordt georganiseerd.

Tabel 1 Opties voor bekostiging en financiering van zorgcoördinatie

Eigenschappen	Optie I	Optie II	Optie III
Bekostigings-systematiek	Huidige bekostigingssystematieken gebruiken en doorontwikkelen	Nieuwe bekostiging inrichten voor zorgcoördinatie	Beschikbaarheidsbekostiging
Financiering ³⁶	Zorgaanbieders maken onderling financiële afspraken. Zorgverzekeraars contracteren bij individuele zorgaanbieders het benodigde aandeel in zorgcoördinatie	Zorgverzekeraars contracteren de zorgcoördinatievoorziening.	Beschikbaarheidsbijdrage door NZa

Optie I: Huidige bekostigingssystematieken gebruiken en doorontwikkelen

In de basis bieden de huidige bekostigingssystematieken mogelijkheden tot bekostiging van zorgcoördinatie. Dit krijgt vorm langs de as van de bekostiging van de individuele ketenpartners. Naar verwachting zijn de veldpartijen geholpen met het aanpassen van de huidige betaaltitels, zodat deze de samenwerking beter stimuleren. Bij aanpassingen in betaaltitels valt te denken aan de coördinatiefuncties eerstelijnsverblijf en onplanbare nachtzorg. Implementeren van zorgcoördinatie waarbij de huidige bekostiging wordt gebruikt, vraagt inspanning van zorgaanbieders om regionale financiële afspraken te maken.

³⁵ Een verdieping op de verschillende opties is te vinden in de samenvatting vanuit de werkgroep, in bijlage H.

³⁶ Naast contractering door zorgverzekeraars wordt bovenregionale spreiding bekostigd via de beschikbaarheidsbijdrage Coördinatie Traumazorg en ROAZ (per 1 juli 2023, conform het voorgenomen wijzigingsbesluit van VWS)

Voor alle zorgsoorten³⁷, behalve de SEH, is afgesproken dat deze in representatie, met volgbeleid of in congruentie worden ingekocht. Om zorgcoördinatie goed van de grond te laten komen dienen zorgverzekeraars ervoor te zorgen dat het inkoopbeleid van de zorgsoorten de juiste prikkels bevat voor alle ketenpartners en dat zij binnen een regio congruent inkopen.

Een randvoorwaarde is dat in de regio financiële en samenwerkingsafspraken gemaakt worden tussen zorgaanbieders onderling binnen de afspraken die zij maken met zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars dienen actiever de samenwerking te stimuleren in regio's waar dat niet vanzelfsprekend is in lijn met de afspraken in het IZA.

Er bestaat een risico dat door vast te houden aan bestaande individuele bekostigingssystematiek het concept zorgcoördinatie niet van de grond komt omdat bovenstaande afspraken niet of moeizaam tot stand komen. Door individuele bekostiging wordt het lastig om zorgsoort-overstijgende activiteiten door ketenpartners te realiseren. Daarnaast bestaat het risico dat een grote mate van variatie tussen regio's ontstaat en dat het leidt tot hogere administratielasten.

Optie II: Het inrichten van nieuwe bekostiging voor zorgcoördinatie

Het inrichten van een nieuwe, aparte bekostiging in de vorm van prestatie- of budgetbekostiging kan leiden tot het afgeven van een goede prikkel om zorgcoördinatie te realiseren. Daarnaast schept een aparte bekostiging duidelijkheid voor het zorgveld. Als een nieuwe bekostiging wordt ingericht, moeten inkoopafspraken geschoond worden. De ervaring leert dat het schonen van inkoopafspraken tijd kost en extra (structurele) kosten met zich meebrengt. Daarnaast geldt dat zorgaanbieders regionale afspraken moeten maken voor schonen van de inkoopafspraken en registratie en declaratiesystemen moeten worden aangepast.

Optie III: het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage aan zorgcoördinatievoorziening

Beschikbaarheidsbekostiging kan passen bij samenwerking die plaatsvindt binnen zorgcoördinatie. Deze vorm van bekostiging is aan strikte regels gebonden op de grond van Wet marktordening gezondheidszorg. Ook beperkt deze optie de regionale vrijheden omdat bekostiging en financiering op landelijk niveau worden bepaald. Daarnaast moet verder worden onderzocht of een beschikbaarheidsbijdrage de juiste prikkel met zich meebrengt.

Aandachtspunten/advies:

- 1)** Het invoeren van nieuwe (aparte) bekostiging met bijhorende betaaltitels voor zorgcoördinatie is een traject is van meerdere jaren. Daarop wachten is geen optie. Wanneer voor nieuwe bekostiging wordt gekozen is het van belang om een tussenstap te creëren waarbij zorgcoördinatie van de grond komt binnen de huidige bekostigingssystematiek.
- 2)** Zorgverzekeraars gaan in 2023 nadrukkelijk kijken naar de inkoopmodellen passend bij regionale samenwerking zodat ketenpartners meer vertrouwen hebben dat zorgcoördinatie van de grond komt. De invoering van zorgcoördinatie moet macro kostenneutraal worden geïmplementeerd.
- 3)** Om zorgcoördinatie goed uit te kunnen voeren is het van belang dat de verschillende vormen van acute zorg verleend kunnen worden door zorgaanbieders. Voor de acute VVT geldt dit voor de acute wijkverpleging voor bij de betreffende aanbieder onbekende cliënten en de beschikbaarheid van VVT-bedden voor kortdurend verblijf (met name in ANW-uren). Ook hiervoor geldt dat de NZa onderzoek moet doen of huidige bekostigingssystematiek (met name

³⁷ Financiering voor coördinatie vindt plaats in representatie (huisartsenpost, ambulancevoorziening en acute GGZ), via volgbeleid (huisartsenzorg) of in congruentie (eerstelijnsverblijf-coördinatiefunctie en beschikbaarheid van acute wijkverpleging).

wijkverpleging) en financieringsmogelijkheden (kortdurend verblijf) voldoende passend is voor het leveren van deze acute zorg en dat de NZa deze waar nodig passend maakt.

4.8 Samenhang schaal, governance en bekostiging en financiering

Voor de schaal, governance en bekostiging en financiering van de ZCV zijn verschillende inrichtingsopties mogelijk, zoals beschreven in paragrafen 4.6 en 4.7. De keuzes rondom inrichting van deze drie onderwerpen hangen deels met elkaar samen. Hieronder worden drie scenario's beschreven met de samenhangende onderwerpen, zonder volgorde of chronologische opbouw. Vervolgens worden, in het kader, de standpunten van de vijf partijen over deze scenario's toegelicht.

Scenario I: ZCV per sub-regio op basis van een samenwerkingsverband en met huidige bekostigingssystematiek

Per ROAZ worden door de samenwerkende zorgaanbieders (bij voorkeur maximaal drie) sub-regio's aangewezen, waarbinnen deze zorgaanbieders een eigen ZCV vormen. Deze ZCV's zijn verantwoordelijk voor het operationaliseren van het zorgcoördinatiebeleid binnen de eigen sub-regio. Hierbij is het van belang dat werkgebieden van de sub-regio's goed op elkaar aansluiten en dat verbinding met het ROAZ geborgd blijft. Zorgaanbieders in de sub-regio werken samen middels een samenwerkingsverband.

De zorgaanbieders financieren samen de ZCV op basis van te maken afspraken over hun financiële bijdrage aan de ZCV. Ze onderhandelen individueel met de zorgverzekeraar over hun financiële bijdrage aan de ZCV op basis van de bestaande bekostigingssystematiek. Zorgverzekeraars hanteren hierbij de bestaande inkoopmodellen. Afhankelijk van de zorgsoort is dat representatie, volgebeleid of congruente inkoop.

Deze benadering biedt regionale, bestaande samenwerkingsstructuren vrijheid voor eigen inrichting van zorgcoördinatie, binnen het ROAZ zorgcoördinatiebeleid. De zorgaanbieders binnen een sub-regio dragen hierbij grote verantwoordelijkheid voor het maken en nakomen van onderlinge (financiële) afspraken.

Scenario II: ZCV per sub-regio op basis van een rechtspersoon en met nieuwe bekostiging of beschikbaarheidsbekostiging

Net als in scenario I worden binnen het ROAZ (bij voorkeur maximaal drie) sub-regio's met samenwerkende zorgaanbieders gevormd die ieder een eigen ZCV vormen. Ook hier geldt dat verbinding tussen de sub-regio's onderling en met het ROAZ geborgd moeten worden. De zorgaanbieders binnen een ZCV vormen samen een rechtspersoon (middels ofwel een shared service model, ofwel één afgevaardigde zorgaanbieder), die zich richt tot de zorgverzekeraars. De ZCV wordt bekostigd op basis van een nieuwe bekostiging (prestatie- of budgetbekostiging) die uitgaat van congruente of niet-concurrentiële inkoop door zorgverzekeraars. Ook kan gekozen worden voor beschikbaarheidsbekostiging. In dat geval hebben zorgverzekeraars geen rol meer, maar kent de NZa een beschikbaarheidsbijdrage toe aan de ZCV.

Met deze benadering blijft regionale vrijheid voor bestaande samenwerkingsstructuren bestaan, net als in scenario I. Doordat één partij namens de organisaties afspraken maakt met zorgverzekeraars kan de kans om te komen tot een ZCV worden vergroot. Echter, het komen tot nieuwe bekostiging of beschikbaarheidsbekostiging evenals de macroneutrale schoning van de inkoopafspraken voor de onderdelen die gaan vallen onder zorgcoördinatie kosten tijd. Voor de

transitieperiode zijn andere typen afspraken nodig, op basis van bestaande bekostigingssystematiek.

Scenario III: ZCV per ROAZ-regio op basis van een rechtspersoon of zelfstandige zorginstelling en met nieuwe bekostiging of beschikbaarheidsbekostiging

De relevante zorgaanbieders binnen het ROAZ vormen één ZCV dat verantwoordelijk is voor het operationaliseren van het zorgcoördinatiebeleid³⁸. De ZCV vormt ofwel een rechtspersoon (middels een shared service model of één afgevaardigde zorgaanbieder) ofwel een zelfstandige zorginstelling, die zich richt tot de zorgverzekeraars. Net als in scenario II wordt de ZCV bekostigd op basis van een nieuwe bekostiging (prestatie- of budgetbekostiging) die uitgaat van congruente of niet-concurrentiële inkoop door zorgverzekeraars. Ook kan gekozen worden voor beschikbaarheidsbekostiging. In dat geval hebben zorgverzekeraars geen rol meer, maar kent de NZa een beschikbaarheidsbijdrage toe aan de ZCV.

Met deze benadering heeft de ZCV vrijheid om meerdere samenwerkende netwerken te vormen die de triage en coördinatiefuncties uitvoeren. Afhankelijk van de ervaringen of arbeidsmarktcrapte kan de ZCV het aantal netwerken verkleinen of vergroten. De ZCV is zelf verantwoordelijk voor het passend maken van de bekostiging en financiering van de verschillende netwerken, op basis van nieuwe bekostiging of beschikbaarheidsbijdrage.

Overwegingen rondom scenario's

Inrichting op korte termijn:

De vijf partijen zijn het eens dat de regio's snel moeten kunnen starten met zorgcoördinatie. Dit kan alleen op basis van de huidige bekostigingssystematiek, scenario II en III vragen gelet daarop meer voorbereidingstijd. Om snel te kunnen starten is het nodig dat de zorgaanbieders die een ZCV vormen onderling samenwerkingsafspraken maken binnen de huidige bekostiging en financiering die doorontwikkeld kunnen worden. Bij de implementatie ligt een belangrijke taak bij de zorgverzekeraars en de NZa om binnen de context van de huidige bekostiging de door zorgaanbieders ervaren knelpunten te adresseren.

Inrichting op lange termijn:

Over de structurele, lange termijn inrichting van passende en samenhangende governance en bekostiging hebben de vijf partijen geen gezamenlijk standpunt kunnen bereiken. Onderstaand worden de standpunten vanuit de vijf partijen toegelicht.

De zorgpartijen ActiZ, AZN, InEen en LNAZ vinden met nadruk dat starten met de huidige bekostigingssystematiek uitsluitend een tussentijdse oplossing is om snel van start te kunnen. Scenario I vinden zij dus niet passend bij de ambities van zorgcoördinatie. De zorgaanbieders ervaren binnen de huidige bekostigingssystematiek knelpunten om daadwerkelijk domein-overstijgend samen te werken. Daarnaast bestaat in scenario I het risico dat een samenwerkingsverband onvoldoende vorm krijgt om een ZCV te creëren. Echte doorzettingsmacht ontbreekt en zorgverzekeraars moeten naar verwachting een sturende rol gaan spelen.

De zorgpartijen zijn van mening dat er een nieuwe, aparte bekostiging moet komen voor succesvolle en duurzame organisatie van zorgcoördinatie (scenario II of III). Dit kan in de vorm van prestatie- of budgetbekostiging of beschikbaarheidsbekostiging voor een rechtspersoon of zelfstandige zorginstelling. Deze opties ondersteunen en faciliteren de wens van de zorgpartijen om domein-overstijgend te denken en samen te werken en dienen daarmee het doel van zorgcoördinatie. Daarnaast kan een nieuwe vorm van bekostiging de vrijblijvendheid

om samen te werken verminderen en bijdragen aan duurzaam georganiseerde zorgcoördinatie met beperkte administratielast. Het is voor de zorgpartijen daarmee dus belangrijk dat er snel heldere keuzes worden gemaakt ten aanzien van de governance, schaal en bijpassende bekostiging en financiering, die aansluiten bij de doelen van zorgcoördinatie.

ZN vindt uitsluitend scenario I acceptabel en ziet deze dus ook als inrichting voor de lange termijn. ZN is ervan overtuigd dat met inrichting van zorgcoördinatie gebaseerd op samenwerkingsafspraken en de doorontwikkeling van de huidige bekostiging de doelen van zorgcoördinatie behaald kunnen worden. Juist door het maken van afspraken in de regio ontstaat de meest solide basis en commitment bij alle zorgpartijen, omdat zij samen tot een gedragen en gedegen uitwerking komen.

ZN vindt het te risicovol om bij voorbaat vast te stellen dat scenario II of III nodig is voor succesvolle zorgcoördinatie, gezien de majeure operatie die hiermee gepaard gaat en het ontbreken van bewijslast over de mate van het effect van (een nieuwe inrichting van) zorgcoördinatie. Zorgverzekeraars zijn van mening dat eerst een aantal jaar ervaring opgedaan moet worden met de regionale samenwerking met draagvlak en de huidige bekostiging, en een gedegen evaluatie plaats moet vinden op basis van toetsbare criteria om te kunnen besluiten om een majeure organisatorische stap te rechtvaardigen. Als dan blijkt dat een stap richting andere governance en bekostiging noodzakelijk is, dan is het voor de hand liggend om een doorvertaling te maken van een functionele inrichting naar een andere organisatie-inrichting zoals in scenario's II en III omschreven. Hierbij is het van belang dat de risico's van deze scenario's gemitigeerd kunnen worden. Deze visie van zorgverzekeraars is gestoeld op met name de volgende risico's:

- Overgang van medewerkers naar een nieuwe organisatie brengt ook onrust met zich mee, met als risico dat medewerkers niet willen 'verhuizen', op zoek gaan naar een andere baan en daarmee verloren gaan voor de zorg.
- Bij onvoldoende draagvlak voor een rechtspersoon bij de ketenpartners in de regio heeft de ZCV minder/geen commitment. Dit kan van invloed kan zijn op de daadwerkelijke succeskans van de zorgcoördinatie. Dit raakt aan de zorgplicht van zorgverzekeraars.
- De invoering van beschikbaarheidsbekostiging wijzigt de relatie tussen de zorgaanbieders die deels taken overdragen naar de ZCV en betekent een fundamenteel andere rol van zorgverzekeraars met sterk verminderde contracterings- en sturingsmogelijkheden. Zorgverzekeraars voorzien een negatieve invloed op de mate waarin we invulling kunnen geven aan onze zorgplicht: het is beperkt/niet mogelijk om een effectieve en doelmatige vormgeving te waarborgen met een prikkel voor continue verbetering. Dit beïnvloedt daarmee in negatieve zin de maatschappelijke opdracht van zorgverzekeraars.
- Overgang naar nieuwe bekostiging of organisatievormen gaat meestal gepaard met stevige macrokostenstijgingen, omdat de inkoopafspraken niet goed geschoond kunnen worden. Tevens leidt het tot een verandering van de dynamiek tussen partijen in de regio. De ervaring van zorgverzekeraars is dat de verwachte verbetering van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid hierdoor uitblijft.

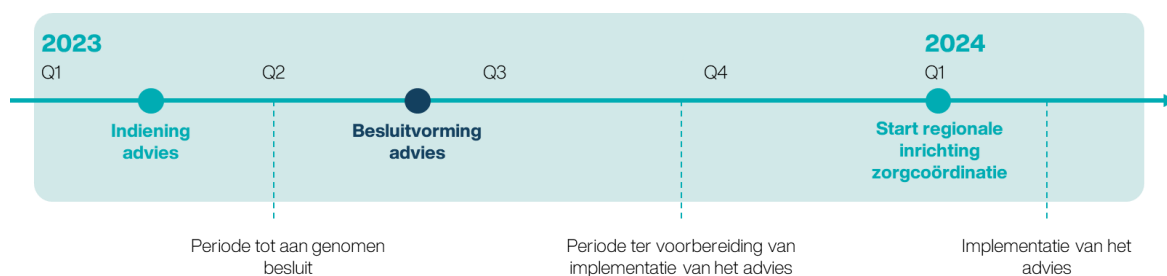
Aandachtspunt/advies: In het IZA is afgesproken dat VWS de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de opdracht geeft om met alle zorgpartijen kansen en knelpunten rondom de bekostiging van acute zorg verder in kaart te brengen waarbij geldt: geld volgt inhoud. Het advies is om de NZa te vragen versneld, in samenwerking met partijen (ten minste ActiZ, AZN, InEen, LNAZ en ZN), voor zorgcoördinatie de hierboven beschreven opties te verkennen en vast te stellen of zij bijdragen aan de doelstellingen van zorgcoördinatie, de juiste prikkels bevatten en wat de veranderopgave met bijhorende impact is. Wij vragen de minister daarna wederom in overleg te treden met de partijen over de lange termijn inrichting van bekostiging en financiering voor zorgcoördinatie.

5 Aanbevelingen en vervolgstappen

Het is aan de minister om op basis van bovenstaand advies voor de inrichting van zorgcoördinatie en bijbehorende veranderopgaves een besluit te nemen over de weg voorwaarts.

Om zorgcoördinatie succesvol in te richten is het zorgveld afhankelijk van de invulling van randvoorwaarden zoals beschreven in de veranderopgaves. Wij benadrukken de noodzaak om vaart te maken met het realiseren van deze randvoorwaarden en zien hier een belangrijke rol voor het ministerie van VWS.

In dit hoofdstuk worden algemene aanbevelingen en concrete vervolgstappen beschreven voor VWS, het ROAZ en andere veldpartijen om de beweging naar zorgcoördinatie in gang te zetten. De vervolgstappen worden verdeeld in een aantal periodes: de periode tot aan genomen besluit (uiterlijk tot eind Q2 2023), de periode ter voorbereiding van implementatie van het advies (Q3 en Q4 2023) en de start van regionale inrichting van zorgcoördinatie (vanaf 2024), zie ook Figuur 10. Deze planning sluit aan bij de afspraken zoals gemaakt in het IZA³⁹.



Figuur 10: Periodes van vervolgstappen om zorgcoördinatie in gang te zetten

5.1 Algemene aanbevelingen en vervolgstappen VWS

Om het bestaande momentum rondom zorgcoördinatie te behouden en te vergroten is het van belang dat VWS op korte termijn een besluit neemt over de inrichting van zorgcoördinatie en aan de slag gaat met het realiseren van de randvoorwaarden. De implementatie van een landelijk dekkend netwerk voor zorgcoördinatie vraagt om een aantal vervolgstappen op landelijk en op regionaal niveau.

5.1.1 Periode tot aan genomen besluit: realiseren van landelijke randvoorwaarden door VWS

Ook voordat een besluit wordt genomen kunnen een aantal vervolgstappen worden gezet, om de implementatie na besluitvorming te versnellen. Wij adviseren de minister direct werk te maken van de inrichting van enkele randvoorwaarden voor zorgcoördinatie. Specifiek benadrukken we hierbij het belang van snelle realisatie van digitale gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid (veranderopgaves 3 en 4). Samenwerking wordt zeer beperkt wanneer dit niet geregeld is.

- Creëer een loket binnen uw ministerie zodat het zorgveld afstemming kan zoeken als ervaren wordt dat de **ICT-behoefes voor zorgcoördinatie** (bijvoorbeeld digitale zelftriage of koppeling bronssystemen voor gegevensuitwisseling) niet gerealiseerd kunnen worden wegens wet- en regelgeving en los deze landelijk op, eventueel met tussenmaatregelen.

³⁹ IZA Onderdeel C paragraaf 6c.

- Leg de berichtenuitwisseling acute zorg vast in de **Wegiz**, niet alleen voor HAP, SEH en RAV, maar voor alle bij zorgcoördinatie betrokken ketenpartners, conform IZA-afspraken.
- Werk samen met het ministerie van JenV uit op welke wijze de **ambulancezorg haar rol in de acute zorg kan vervullen binnen de ZCV**.
- Geef opdracht aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om samen met partijen (ten minste ActiZ, AZN, InEen, LNAZ en ZN) uiterlijk najaar 2023 nader advies te geven of en zo ja op welke vlakken **bekostiging en financiering** verbeterd of (door)ontwikkeld dienen te worden. Zo wordt duidelijkheid gecreëerd over de wijze waarop per 2025 zorgcoördinatie kan worden bekostigd en gefinancierd. In 2024 is dan sprake van een overgangsjaar.
- Geef opdracht aan de NZa om onderzoek te doen of huidige bekostigingssystematiek voldoende passend is voor het leveren van de acute zorg die voortkomt uit zorgcoördinatie en waar dit niet het geval is deze systematiek passend te maken.
- Geef opdracht aan het LNAZ om een **implementatieplan** op te stellen voor uitbreiding van het capaciteitsinformatiesysteem **LPZ** (aansluiting van zorgaanbieders, reikwijdte verbreden met andere domein en ontwikkelen van planningssysteem), waarin kosten en doorlooptijden zijn opgenomen. Door dit snel op te pakken wordt voorkomen dat regio's onnodige parallelle investeringen doen in de ontwikkeling.
- Geef opdracht aan branchepartijen om een landelijke werkgroep te vormen en op te starten voor verdere **uitwerking van eenduidige digitale ondersteuning van burgers** met een (acute) zorgvraag, waaronder een applicatie voor digitale zelftriage. Houd daarbij rekening met (juridische) verantwoordelijkheid en geldende eisen voor medische hulpmiddelen.
- Geef opdracht aan branchepartijen om een landelijke werkgroep te vormen en op te starten voor verdere **uitwerking van digitale medische beslisondersteuning** voor zorgverleners.
- Ontwikkel een **publiekscampagne** om bewustwording bij burgers te creëren over waar en wanneer een acute zorgvraag gemeld kan worden (bijvoorbeeld wanneer bel je 112 en wanneer de HAP) en stimuleer het gebruik van digitale zelftriage.

5.1.2 Periode ter voorbereiding van implementatie: opstellen landelijk implementatieplan

De vijf partijen adviseren de minister om een implementatieplan op te laten stellen, nadat een besluit over de inrichting van zorgcoördinatie is genomen:

- Om het implementatieproces van zorgcoördinatie te faciliteren adviseren we VWS een onafhankelijke landelijke projectleider aan te stellen en daarnaast een **landelijke projectorganisatie** in te richten met daarin relevante partijen. De tien partijen die dit adviesrapport aanbieden danwel onderschrijven, ActiZ, AZN, de Nederlandse ggz, InEen, LHV, LNAZ, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en ZN, bieden daaraan graag hun ondersteuning.
- VWS, als verantwoordelijke partij, geeft deze projectorganisatie de opdracht een implementatieplan op te stellen en kennisdeling te faciliteren. De onafhankelijke projectleider krijgt de opdracht om de implementatie te monitoren en waar nodig partijen te helpen en bij te sturen.
- Het is noodzakelijk om in het implementatieplan te beschrijven hoe de **monitoring van de implementatie van randvoorwaarden en het effect van zorgcoördinatie** op de acute zorgketen plaats gaat vinden. Wij adviseren deze monitoring op vier vlakken te organiseren en deze als kaders mee te geven aan de landelijke projectorganisatie:

1. Voortgang implementatie van landelijke randvoorwaarden: Hierin komt informatie terug zoals het aantal aanbieders dat is aangesloten bij het LPZ of de voortgang van de implementatie van de Wegiz.
 2. Regionale implementatie: Hierin komt informatie terug over de mate waarin regio's vorderen met hun implementatie van zorgcoördinatie en hoe risico's worden gemitigeerd.
 3. Uitkomsten: Hierin komt informatie naar voren die beschrijft in hoeverre zorgcoördinatie bijdraagt aan de doelstellingen, bijvoorbeeld aan de hand van key performance indicators (KPI's). Ook komt er informatie in over de verschuiving van zorg in de keten (juiste zorg op de juiste plek) en de mate waarin personeel efficiënter ingezet kan worden.
 4. Risico's: Hierin worden de risico's, zoals bijvoorbeeld verloop van personeel en toename van zorgvraag, verder gespecificeerd en gevolgd.
- We adviseren op basis van de monitoring van de uitkomsten met enige regelmaat de inrichting van zorgcoördinatie te evalueren en te beoordelen of deze nog passend is bij de ontwikkelingen in de acute zorg.

5.1.3 Opdrachtformulering ter bevordering van implementatie

Na besluitvorming is het noodzaak om opdrachten te verschaffen aan een aantal partijen om de landelijke randvoorwaarden in te richten. Hierbij moeten de uitvoerende partijen ook voorzien worden van de juiste middelen. Wij adviseren in ieder geval de volgende opdrachten:

- Geef Nictiz opdracht voor doorontwikkeling en het uitbreiden van **richtlijnen en standaarden voor gegevensuitwisseling** in de acute zorg voor de onplanbare VVT en acute GGZ. Zij doen dit in samenwerking met de brancheorganisaties en geven concrete kaders mee voor implementatie.
- Geef LNAZ de opdracht, in afstemming met de betrokken partijen, voor het **ontwikkelen van een landelijk domein-overstijgend capaciteitsinformatiesysteem**, voortbouwend op het bestaande LPZ. Stimuleer hierbij samenwerking met beroepsverenigingen en neem hierin ook de acute geboortezorg mee. Het is van belang dat dit systeem spoedig beschikbaar wordt gesteld aan het zorgveld.
- Geef AZN de opdracht om landelijke kaders op te stellen voor **de verbinding tussen ambulancezorg processen en ZCV-processen**.
- Geef brancheorganisaties en beroepsverenigingen vanuit de ambulancezorg, huisartsenposten en acute wijkverpleging de opdracht om **urgenticodes gelijk te trekken** en betrek vervolgens brancheorganisaties uit de tweede lijn om **protocollen te harmoniseren**.
- Geef brancheorganisaties vanuit de ambulancezorg, huisartsenzorg, onplanbare VVT, ziekenhuizen en ggz de opdracht om **beschikbaarheid van data** inzichtelijk te maken en het **integrale gebruik** van deze data nader te specificeren voor het monitoren van het effect van zorgcoördinatie nader te specificeren.
- Geef brancheorganisaties vanuit de ambulancezorg, huisartsenposten en acute wijkverpleging de opdracht om gezamenlijk en in samenspraak met beroepsverenigingen **competentieprofielen en EPA's** te ontwikkelen passend bij de functieprofielen binnen de ZCV en om vervolgens opleidingen vorm te geven en modulair aan te bieden.

5.2 Algemene aanbevelingen en vervolgstappen ROAZ

Het ROAZ speelt, als verbindend orgaan van acute zorg partijen, een belangrijke rol in regionale samenwerking en daarmee in zorgcoördinatie. Het ROAZ heeft vanuit het IZA de opdracht

gekregen voor eind Q2 2023 een ROAZ-beeld op te stellen. Dit ROAZ-beeld biedt de context en het startpunt voor het maken van een ROAZ-plan, waar zorgcoördinatie een belangrijke plek dient te krijgen. Daarnaast is het van belang dat de governance van het LNAZ en het ROAZ passend zijn voor zorgcoördinatie en aansluiten bij de afspraken die gemaakt zijn in het IZA⁴⁰.

5.2.1 Stappen ter voorbereiding van regionale implementatie

Nadat uiterlijk eind Q2 2023 een besluit is genomen over zorgcoördinatie kan het ROAZ, binnen de landelijke kaders, regionaal beleid maken voor zorgcoördinatie. Het ROAZ doet dit in afstemming met de zorgaanbieders in de regio. Hiervoor adviseren wij een aantal vervolgstappen:

- Uitvoeren van een **zelf-assessment** in de regio binnen de context van het ROAZ-beeld. Dit zelf-assessment beschrijft het gat tussen de huidige stand van zaken in de regio ten aanzien van zorgcoördinatie en de inhoud van dit advies. Dit resulteert in de veranderopgave voor het ROAZ, wat de basis biedt voor het regionale zorgcoördinatie-beleid. Het LNAZ faciliteert en monitort dit proces.
- Opstellen van een **zorgcoördinatie beleid en plan** voor regionale implementatie als onderdeel van het ROAZ-plan. Zoals afgesproken in het IZA heeft iedere ROAZ eind Q4 2023 een ROAZ-plan gereed. Hier wordt het regionale zorgcoördinatie beleid onderdeel van.
- Besluit nemen over (het aantal en) **de inrichting van zorgcoördinatievoorziening(en)** in de ROAZ-regio. Zorgaanbieders in de regio hebben ter bevordering van de inrichting van zorgcoördinatie een flink aantal samenwerkingsafspraken met elkaar te maken (zie paragraaf 4.6). Hiernaast moet ook de RCPS-functie bij één ZCV in de regio belegd worden.

5.2.2 Aanbevelingen voor regionale implementatie

Vanaf 2024 start het ROAZ met de implementatie van zorgcoördinatie. Aanbevelingen voor het ROAZ hierbij zijn:

- Draag zorg voor een soepele regionale implementatie door het aanstellen van regionale **kwartiermakers** die door de ketenpartners worden gedragen. De kwartiermakers zijn kartrekker van de verandering, verbinden de ketenpartners en geven de zorgcoördinatievoorziening vorm. De regionale kwartiermakers staan in nauw contact met de landelijke projectorganisatie en rapporteren aan het ROAZ.
- Ontwikkel en herijk in gezamenlijkheid (verbinding eerste- en tweedelijns) **zorgpaden** voor veel voorkomende ingangsklachten in de regio, zodat ketenbreed afgestemd wordt wat de best passende zorg is zonder onnodige afstemming en middels een snel proces. Organiseer daarnaast een proces met deze partijen om te komen tot een **feedback-loop**, waarin zorgpaden continu verbeterd worden. In bijlage G is een overzicht opgenomen van ketenbrede zorgpaden die in de pilotregio's tot stand zijn gekomen.
- Start snel met het inrichten van de ZCV, gezien de huidige urgentie. **Begin klein** met de RAV, de HAP's, eerstelijnsverblijf-coördinatiefuncties en de wijkverpleging. Op termijn kunnen andere ketenpartners aansluiten.
- Zorg voor **(sub-)regionale verbinding** tussen zorgcoördinatie en andere regionale initiatieven naar aanleiding van IZA, GALA, WOZO, etc.
- Houd hierbij rekening met het verandertraject waar alle verschillende ketenpartners doorheen moeten en heb aandacht voor de verschillende culturen en werkwijzen.

⁴⁰ IZA Onderdeel C, paragraaf 2d (LNAZ) en 6b (ROAZ)

5.3 Algemene aanbevelingen en vervolgstappen zorgveld

Naast VWS en het ROAZ, kunnen zorgaanbieders in de eigen regio stappen zetten richting zorgcoördinatie, al voordat een besluit over de inrichting is genomen:

- Maak in de regio afspraken tussen thuiszorgorganisaties, conform huidige landelijke afspraken, hoe **24/7 acute wijkverpleging (sub)regionaal ingezet kan worden**.
- Er bestaat een landelijk dekkend netwerk van eerstelijnsverblijf-coördinatiefuncties. Zorg dat de **doorontwikkeling van deze coördinatiefuncties** en de implementatie van zorgcoördinatie op elkaar zijn afgestemd en elkaar versterken.
- Versnel de implementatie van de **Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg** door zorgaanbieders in de regio. Betrek vroegtijdig leveranciers zodat applicaties berichtenuitwisseling mogelijk maken.
- Draag zorg voor het **ontwikkelen van capaciteitsdata en aansluiting bij het LPZ** conform de landelijk geformuleerde definities en neem hier ook de acute geboortezorg in mee.

6 Bijlagen

A. Definities en afkortingen

In dit rapport worden diverse termen en afkorting gebruikt, die mogelijk niet voor iedereen dezelfde definitie kennen. Onderstaand een overzicht van de belangrijkste termen en afkortingen.

Definities

ABDCE-triage	Triage waarbij hulp wordt verleend volgens het principe: eerste de primaire (levensbedreigende) en vervolgens de secundaire c.q. tertiaire (niet-direct dan wel niet levensbedreigende) letsels en stoornissen.
Acute wijkverpleging	Wijkverpleegkundige zorg die door de zorgcoördinatievoorziening wordt ingezet als antwoord op een acute zorgvraag. 's Nachts wordt aangesloten bij het netwerk onplanbare nachtzorg.
Acute zorg	Een situatie waarin aan iemand zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen ⁴¹ .
Acute zorgketen	Onderlinge afstemming van de verschillende aanbieders van acute zorg: ambulancezorg, farmaceutische zorg, huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, kortdurende zorg, langdurige zorg en geestelijke gezondheidszorg. Om patiënten die dat nodig hebben 24 uur per dag, 7 dagen in de week acute zorg te kunnen bieden.
Acute zorgketen - instroom	Er is sprake van instroom in de acute zorgketen wanneer een burger een melding maakt van een acute zorgvraag en (telefonisch) getriëerd wordt.
Acute zorgketen - doorstroom	Wanneer een patiënt met acute zorgvraag door een zorgverlener is geholpen (diagnosestelling/ behandeling) en direct zorg van een andere ketenpartner nodig heeft, stroomt een patiënt door in de acute zorgketen.
Acute zorgketen - uitstroom	Wanneer iemand geen acute zorg van een zorgverlener nodig heeft, overlijdt of verdere reguliere vervolgzorg ontvangt stroomt een patiënt uit de acute zorgketen.
Acute zorgvraag	Een patiënt/slachtoffer of omstander vraagt om onmiddellijke hulp in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert ⁴² .

⁴¹ Conform definitie van De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2003), welke is overgenomen in het Kwaliteitskader spoedzorgketen

⁴² Conform definitie van De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2003), welke is overgenomen in het Kwaliteitskader spoedzorgketen

Beschikbaarheidsbijdrage	Als er sprake is van marktverstoring kan de overheid ervoor kiezen om een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen aan een zorgaanbieder om zo het aanbod te kunnen garanderen. Dit gebeurt in gevallen waarin het niet mogelijk en/of wenselijk is om zorgproducten direct aan verzekerden toe te rekenen. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van zorgverlening ⁴³ . Deze vorm van bekostiging wordt (tijdelijk) gehanteerd voor het LCPS en RCPS.
Budgetbekostiging	Bij budgetbekostiging ontvangen zorgaanbieders een vastgesteld budget van zorgverzekeraars, waarvoor zij de benodigde zorg moeten leveren, onafhankelijk van de hoeveelheid daadwerkelijk geleverde zorg. Deze vorm van bekostiging wordt gehanteerd bij de HAP en RAV.
Burger	Alle mensen in Nederland (inwoners, toeristen, etc.).
Direct noodzakelijke vervolgzorg	Wanneer een patiënt met acute zorgvraag door een zorgverlener is gezien en direct andere zorg nodig heeft omdat alleen naar huis gaan geen optie is.
Eerstelijnsverblijf coördinatiefunctie	Coördinatiefuncties ondersteunen in de triage van de juiste zorg en geven inzicht in de beschikbare capaciteit. Doorgaans gericht op bedden voor kortdurend verblijf in de VVT.
GRIP-procedure	Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdingsprocedure is de werkwijze waarmee Nederlandse hulpverleningsdiensten bepalen hoe hun werk bij incidenten gecoördineerd moet worden.
Kantooruren	Maandag t/m vrijdag tussen 08:30 en 17:00.
Ketenpartner	Een organisatie die vanuit zorgcoördinatie een bijdrage levert aan de totstandkoming van acute zorg.
Mobiele zorgeenheden	Combinatie van een vervoersmiddel en zorgprofessional met bepaalde competenties, om zorgverlening ter plaatse te leveren.
Onplanbare VVT-zorg	De verzamelnaam voor acute wijkverpleging en VVT-bedden voor kortdurend verblijf.
Patiënt	Burgers die zorg nodig hebben van één van de ketenpartners. In dit rapport wordt gesproken over patiënten zodra zorginzet wordt gecoördineerd.
Prestatiebekostiging	Bij prestatiebekostiging ontvangen zorgaanbieders een bedrag van zorgverzekeraars voor de zorg die zij daadwerkelijk leveren. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar maken afspraken over de prijs, hoeveelheid en kwaliteit van de zorg. Deze vorm van bekostiging wordt gehanteerd bij eerstelijnsverblijf en wijkverpleging.
Triage	Primaire (meestal telefonische) triage door een triagist, waarbij urgentie en passende zorginzet worden bepaald. Het gaat dus niet om triage door een zorgverlener in een fysieke setting.

⁴³ [Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG](#)

VVT-bed voor kortdurend verblijf	Een VVT-bed wat ingezet wordt door de ZCV als antwoord op een acute zorgvraag. In de context van dit advies betreft het eerstelijnsverblijf en Wlz-crisis.
Warm doorverbinden	Wanneer een zorgprofessional een telefonische melding doorschakelt naar een collega zorgprofessional, waarbij eerst de casus/overdracht wordt besproken door de zorgprofessionals onderling.
Wijkverpleging	Verpleging en verzorging in de eigen omgeving, in de context van dit advies zowel op grond van de Zvw als de Wlz.
Wlz-crisiszorg	VVT-verblijf voor cliënten met een Wlz-indicatie, waarvoor opname binnen 24 uur noodzakelijk is.
Zorgprofessional	Iemand die bijdrage levert aan het zorgproces (zowel een zorgverlener als een triagist).
Zorgverlener	Natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Afkortingen

24/7	24 uur per dag en 7 dagen per week
ANW	Avond, Nacht- en Weekend (niet kantooruren)
AZN	Ambulancezorg Nederland
CanMeds	Canadian Medical Education Directives for Specialists
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAP	Huisartsenpost
JenV	Justitie en Veiligheid
KPI	Key performance Indicator
LCPS	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
LPZ	Landelijk Platform Zorgcoördinatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RAV	Regionaal Ambulancevoorziening
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
SEH	Spoedeisende Hulp
VVT	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VZVZ	De Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie
ZCV	Zorgcoördinatievoorziening
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

B. Proces en verantwoording

Aanpak en fasering

De regie van het project is belegd bij het kernteam vanuit de vijf partijen (ActiZ, AZN, InEen, LNAZ en ZN) die de opdracht van de minister van VWS hebben aangenomen. Het kernteam krijgt hiervoor mandaat vanuit de stuurgroep, bestaande uit bestuurders vanuit deze partijen. De stuurgroep is eindverantwoordelijk voor de (deel)resultaten van het project en neemt gezamenlijk besluiten over de scenario's, de toetsing en het advies. De vijf partijen zijn in het project ondersteund door onafhankelijke projectbegeleiding vanuit IG&H.

Om te komen tot een advies over de inrichting van zorgcoördinatie zijn in het project drie fasen doorlopen. Het kernteam heeft tijdens het gehele project vele andere partijen betrokken door middel van interviews, werkgroepen en klankbordgroepen.

Fase 1: Voorbereiden – komen tot een projectplan: Het doel van de eerste fase is het komen tot een gedegen plan voor de uitwerking van zorgcoördinatie. Om dit plan vorm te geven is gestart met een gespreksronde waarin het kernteam interviews heeft gevoerd met ongeveer dertig organisaties (brancheverenigingen, beroepsverenigingen, toezichthouders, uitvoerende organisaties en kennisinstituten). In deze gesprekken zijn onder andere ervaringen, behoeften, wensen en zorgen gedeeld rondom de organisatie van acute zorg. Deze gesprekken hebben geleid tot een (her)formulering van de doelstelling van zorgcoördinatie en tot een raamwerk voor het uitwerken van zorgcoördinatie. Zie ook het ['Projectplan Zorgcoördinatie'](#).

Fase 2: Inrichten – uitwerken van bouwstenen en scenario's: In de tweede fase wordt het concept zorgcoördinatie uitgewerkt, aan de hand van vier stappen. Allereerst heeft het kernteam criteria opgesteld waarmee getoetst wordt in welke mate de uitgewerkte scenario's bijdragen aan het behalen van de gewenste doelstelling van zorgcoördinatie. Deze criteria zijn uitgewerkt in een toetsingskader.

Ten tweede zijn de inrichtingsopties voor de organisatie van zorgcoördinatie verkend door werkgroep 1 bestaande uit deelnemers vanuit 20 verschillende partijen. De werkgroep heeft voor de onderwerpen 'Doelgroep', 'Functies', 'Ketenpartners' en 'Organisatie inrichting' mogelijke bouwstenen (zie Figuur 11) uitgewerkt door deze te definiëren en voor- en nadelen te beschrijven die meespelen bij keuzes voor de inrichting van zorgcoördinatie. Aan de hand van deze uitwerking heeft het kernteam als volgende stap basisscenario's voor de inrichting van zorgcoördinatie opgesteld, door bouwstenen te combineren.

Tot slot hebben vijf werkgroepen de basisscenario's verder uitgewerkt aan de hand van vijf randvoorwaarden: operationele processen, delen van gegevens, technische infrastructuur, competenties & opleiding en bekostiging & financiering. De werkgroepen hebben in kaart gebracht wat op de benoemde randvoorwaarden nodig is om de scenario's te realiseren.

Tijdens deze fase zijn ook twee bijeenkomsten geweest van zowel de zorginhoudelijke als bestuurlijke klankbordgroep. De klankbordgroepen hebben het toetsingskader en de opgestelde scenario's kritisch bezien en aandachtspunten ingebracht rondom praktische en organisatorische haalbaarheid en draagvlak.

Doelgroep	Functie	Ketenpartners	Organisatie inrichting	
			Schaal	Vorm
Burger met acute zorgvraag	Digitale zelftriage	Huisartsenpost	HDS regio	Virtueel
Zorgverlener met ongeplande zorgvraag	Eenduidige toegang	Huisartsenpraktijk	ELV coördinatie regio	Hybride
Zorgverlener met geplande zorgvraag	Eenduidige urgentiebepaling	VVT - Ongeplande wijkverpleging	Zorgkantoor	Fysiek
	Passende zorginzet	VVT - Ongeplande opname (ELV, GRZ, WLZ-crisis)	Acute ggz regio	Locatie (indien fysiek)
	Coördineren zorginzet	RAV / MKA	RAV regio	HAP
	Informatievoorziening	Ziekenhuis - SEH	GGD regio	MKA
	Bovenregionale samenwerking	Ziekenhuis – overige afdelingen	Provincie	ROAZ traumacentrum
		GGZ crisisdienst	ROAZ regio	Nieuwe locatie
			Meldkamer regio	Openingstijden
			Landelijk	24/7
				ANW

Figuur 11 Overzicht pijlers (in groen) en bouwstenen (in grijze blokken) voor de inrichting van zorgcoördinatie, zoals uitgewerkt door werkgroep 1

Fase 3: Adviseren – komen tot een gewogen advies over inrichting zorgcoördinatie: In de laatste fase van dit project heeft het kernteam de uitgewerkte scenario's beoordeeld aan de hand van het toetsingskader. Op basis van deze toetsing vormt het kernteam een advies over de inrichting van zorgcoördinatie. Dit advies is uitgewerkt in het rapport dat voor u ligt. De minister van VWS neemt op basis van dit rapport een besluit over de inrichting van zorgcoördinatie. Implementatie van zorgcoördinatie is buiten scope van dit project.

De klankbordgroepen zijn in deze fase één keer bijeengekomen om aandachtspunten mee te geven op basis van de toetsing van scenario's. Daarnaast is het concept adviesrapport aan de partijen uit de klankbordgroepen voorgelegd ter consultatie. Het merendeel van deze partijen staat achter het advies en erkent dat het zorgveld met elkaar aan de slag moet om de problematiek in de acute zorg aan te pakken. Belangrijke aandachtspunten vanuit deze partijen zijn meegenomen in het definitieve adviesrapport.

Betrokken partijen

In dit project zijn (beroeps)professionals betrokken vanuit brancheverenigingen, beroepsverenigingen, toezichhouders, uitvoerende organisaties en kennisinstituten. Onderstaand staat een overzicht van de betrokken partijen in dit project. Alle overwegingen van verschillende partijen met betrekking tot het concept zorgcoördinatie zijn zorgvuldig gehoord, gevalideerd en meegenomen in de totstandkoming van het advies in dit rapport.

Regie en eindverantwoordelijk: ActiZ, AZN, InEen, LNAZ, ZN

Interviews fase 1: Brandweer, BTN, de Nederlandse ggz, FMS, GGDGHOR, IGJ, KNMP, LCPS, LHV, LMS, Ministerie van JenV, NFU, NHG, Nictiz, NVDA, NVSHA, NVSHV, NVZ, NZa, Patiëntenfederatie Nederland, Politie, SAZ, SDN, V&VN, Verenso, VZVZ, ZINL, Zorgthuisnl en pilotregio's Brabant, Midden Nederland, Noord Nederland, Rotterdam-Rijnmond en Twente

Bestuurlijke klankbordgroep: de Nederlandse ggz, GGD GHOR Nederland, IGJ, LHV, Ministerie van JenV, NFU, NVZ, NZa, Patiëntenfederatie Nederland, ZiNL

Zorginhoudelijke klankbordgroep: BTN, FMS, KNMP, NHG, NVMMA, NVSHA, NVSHV, NVvP, SDN, V&VN, Verenso

Werkgroep 1 – inrichting zorgcoördinatie: BTN, de Nederlandse ggz, LCPS, LHV, NVSHA, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland, SpoedHAG, V&VN Ambulance, V&VN Wijkverpleging, Verenso en pilotregio's Midden Nederland, Rotterdam-Rijnmond en Twente.

Werkgroep 2 – technische infrastructuur: AZN (bureau), ActiZ (bureau), LNAZ (bureau), InEen (bureau), Onze Huisartsen, ZN, LMS, VZVZ, Nictiz, RAV Brabant Zuid Oost, Pilot Twente, Pilot Noord Nederland en Pilot Oost.

Werkgroep 3 – delen van gegevens: AZN (bureau), Pilot Midden, LNAZ (bureau), ActiZ (vertegenwoordigd door regio Zwolle), Netwerk Acute Zorg Noord-Holland Flevoland, V&VN afdeling Wijkverpleegkundigen, V&VN Ambulancezorg, NVZ (bureau), VZVZ, Nictiz, InEen (bureau), Pilot ZCC Rotterdam-Rijnmond en BTN. LHV (bureau) en GGD GHOR Nederland hebben schriftelijk meegedaan.

Werkgroep 4 – operationele processen: InEen (lid), SpoedHAG, ActiZ (lid), BTN, RAV Brabant-MWN, ROAZ/pilotdeelnemer, RAVU/pilotdeelnemer en Nictiz.

Werkgroep 5 – competenties en opleiding: InEen (bureau) AZN (bureau), ActiZ (bureau), BTN, V&VN Ambulancezorg, RAV/pilotdeelnemer Twente en RAVU/pilotdeelnemer Midden-NL.

Werkgroep 6 – bekostiging en financiering: ActiZ (bureau), AZN (bureau), InEen (bureau), LNAZ (lid), ZN (bureau) en NZa.

Consultatieronde adviesrapport: de Nederlandse ggz, BTN, FMS, GGD GHOR Nederland, IGJ, JenV, KNMP-SDN, LHV, NFU, NHG, NVMMA, NVSHA, NVSHV, NVvP, NVZ, NZa, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Verenso, ZINL

C. Overwogen alternatieven voor inrichting van zorgcoördinatie

Werkgroep 1 heeft voor alle bouwstenen zoals weergegeven in Figuur 11 overwegingen meegegeven aan het kernteam. Het kernteam heeft op basis van die overwegingen keuzes gemaakt voor het advies over de inrichting van zorgcoördinatie. De bouwstenen die het advies gehaald hebben vormen de basis voor hoofdstukken 2 en 3 en worden daar toegelicht. De bouwstenen die het advies niet gehaald hebben worden hieronder, inclusief de overwegingen daarbij, beschreven.

Inrichting zorgcoördinatie: voor wie, door wie en op welke schaal

Doelgroep zorgcoördinatie: Het 24/7 beschikbaar stellen van zorgcoördinatie aan de burger is overwogen. Dit zou betekenen dat de dagpraktijken van de huisarts onderdeel worden van zorgcoördinatie. Dit is op dit moment niet wenselijk omdat de huisarts de (situatie van de) burger het beste kent en daarmee ook zorg kan afbuigen. Daarnaast zien huisartsenpraktijken nu geen noodzaak om acute zorg tijdens werkdagen anders te organiseren.

Ketenpartners: Het betrekken van meerdere ketenpartners in de uitvoering van zorgcoördinatie is overwogen. Echter, hoe meer partijen hierbij betrokken worden, hoe groter de veranderopgave. Om snel stappen te maken zijn de HAP, RAV en onplanbare VVT als startpunt gekozen; vanuit de pilots blijkt hiermee het merendeel van de acute zorgvragen goed getrieerd te kunnen worden. Regionaal kan besloten worden hier overige ketenpartners bij te betrekken.

Schaal: Het realiseren van beleid en uitvoering van zorgcoördinatie op lokale schaal is overwogen. Echter, de verwachting is dat realisatie vanuit ROAZ-verband schaalvoordelen met zich meebrengt rondom personeel. Lokale initiatieven zijn naar verwachting op termijn niet houdbaar.

Functies van zorgcoördinatie

Digitale zelftriage: Het alternatief om alleen een digitale zelftriage tool aan te bieden, zonder integratie met andere systemen, is niet als ambitie gesteld. Uit onderzoek blijkt dat het delen van gegevens leidt tot snellere telefonische triage. Deze mogelijkheid laten liggen met de huidige arbeidsmarktproblematiek, is een gemiste kans.

Eenduidige toegang burgers: 1) Het is overwogen om iedere ketenpartner zelf de inkomende meldingen te laten ontvangen. Doordat iedere ketenpartner een eigen wachtrij heeft, kunnen lange wachttijden ontstaan. Daarnaast heeft iedere ketenpartner eigen triage personeel nodig, wat het behalen van de doelstelling voor efficiënte inzet van personeel moeilijker maakt. **2)** Ook is een landelijk nummer dat doorgeleid wordt naar de sub-regio overwogen. Een landelijk nummer heeft mogelijk een aanzuigende werking doordat de burger sneller geneigd is te bellen, dit wordt in het buitenland zo ervaren. Daarbij vraagt het opzetten van een dergelijk nummer om een forse investering.

Eenduidige toegang zorgverleners: In veel regio's neemt de zorgverlener contact opneemt met individuele ketenpartners wat veel tijd kost voor de zorgverlener. Het behoud van individuele toegang zal daarom de zorgverlener maar beperkt ontlasten en niet bijdragen aan eenduidige toegang.

Eenduidige urgentiebepaling: 1) Het behouden van de huidige situatie met domein-specifieke protocollen en urgentiecodes resulteert in dubbele triage en onduidelijke situaties voor de patiënt, dit is niet wenselijk. **2)** Het alternatief om naast gelijke urgentiecodes ook gelijke protocollen te

hanteren kan als volgende stap onderzocht worden. Hiervoor is medisch inhoudelijke expertise nodig.

Passende zorginzet: Het voortzetten van de huidige situatie, met monodisciplinaire triagisten, zal naar verwachting veel tijdrovende consultatie met collega's opleveren door ontbrekende expertise. Daarnaast is er minder ruimte voor efficiënte inzet van triagisten.

Coördineren zorginzet: Er is overwogen om zonder planningssysteem te werken, wat betekent dat contact opgenomen moet worden om te bespreken of een burger verwezen kan worden. Dit alternatief vraagt om veel afstemming tussen ketenpartners en brengt daarmee inefficiëntie in het proces.

D. Organisatorische processen

Verdieping bij veranderopgave 1: Inrichting van ZCV-processen

Om zorgcoördinatie kwalitatief goed uit te kunnen voeren en het geheel goed te laten functioneren, zijn overkoepelende organisatorische processen nodig. Onderstaande processen zijn een randvoorwaarde voor goede zorgcoördinatie en moeten per zorgcoördinatievoorziening ingericht worden. De organisatorische processen zijn verdeeld in reguliere processen, onboarding processen voor (nieuw) personeel en processen ter bevordering van implementatie.

Reguliere processen

- **Multidisciplinaire dag- en weekstart:** Het domein-overstijgend (de)briefen van het (triage)team over lopende zaken in de acute keten bij wisseling van diensten.
- **Multidisciplinaire casuïstiekbesprekingen:** Het domein-overstijgend bespreken van casuïstiek levert concrete inzichten en aangrijpingspunten op om samen de JZOJP te kunnen organiseren en de werkwijze te verbeteren. Hoe vaker dit plaatsvindt, hoe beter (bijv. 1x per maand)
- **Domein-overstijgende bijsturing:** Processen rondom het verzamelen en evalueren van domein-overstijgende managementinformatie om patiënt-stromen te monitoren en bij te kunnen sturen (bijv. aanpassingen in triage)
- **Evaluatieprocessen rondom continue verbetering:** PDCA-cyclus waarin samenwerkende partners in de regio/een ZCC o.b.v. vastgestelde KPI's kunnen bijsturen, verbeteren en doorontwikkelen. Hiervoor moet ook monitoring worden ingericht. Helder gedefinieerde KPI's zijn randvoorwaardelijk om goed te kunnen meten.
- **Besluitvormings- en escalatieproces:** Heldere afspraken over besluitvormings- en escalatiemogelijkheden met oog voor de verschillende rollen voor zorgcoördinatie zijn van belang. Wie is op welk moment waarvoor (medisch) verantwoordelijk? En wie heeft op welk moment eigenaarschap over de patiënt? Dit moet geborgd worden binnen de governance.
- **(Optioneel) Pre-triage proces:** Voor telefonische triage door de zorgcoördinatievoorziening kan additioneel een pre-triage proces worden ingericht. Dit proces kan ingericht worden om meldingen sneller aan te nemen en de spoedgevallen eruit te filteren. Bij pre-triage worden de meldingen die binnenkomen via de huisartsenpost of personenalarmering aangenomen door een pre-triagist die, middels de ABCD-methode, bepaalt of er sprake is van een levensbedreigende situatie. Wanneer dit het geval is wordt de melding direct doorgeleid naar een ZCV- triagist om zo spoedig mogelijk een ambulance uit te sturen. Wanneer dit niet het geval is, wordt de beller in de wachtrij van de zorgcoördinatievoorziening geplaatst en wordt de beller teruggebeld. Dit proces is alleen van toegevoegde waarde wanneer sprake is van een telefonische wachtrij. Het is aan de regionale zorgcoördinatievoorziening zelf om te beslissen een pre-triage proces in te richten. Pre-triage kan worden uitgevoerd door medische studenten, of ZCV triagisten. Dit laatste is echter uitdagend in verband met personeelskrapte.

Onboarding processen personeel

- **Processen ter kennisuitwisseling:** Om alle ketenpartners zo goed mogelijk op de hoogte te stellen over elkaars werk(processen) dient kennisuitwisseling plaats te vinden. Hierbij kan gedacht worden aan o.a. kennissessies, e-learnings, werkbezoeken of meewerksessies.

- **Processen voor opleiden medewerkers:** Indien er wordt gekozen voor multidisciplinaire ZCV-triagisten of regieartsen moet hiervoor een opleidingsproces worden ingericht. Een landelijk uniforme opleiding bestaat momenteel nog niet

Processen t.b.v. implementatie

- **Processen gericht op samenbrengen van culturen:** De verschillende ketenpartners die betrokken zijn bij zorgcoördinatie hebben allen hun eigen cultuur. Om partners goed te laten samenwerken is het nodig processen in te richten om eventuele knelpunten veroorzaakt door cultuurverschillen op te lossen, met daarbij oog voor de specifieke regio (bv. door ambassadeur). Dit is een essentieel startpunt voor goede zorgcoördinatie.

E. Uitgangspunten bij uitwerken competenties en opleidingen voor nieuwe ZCV functies

Verdieping bij veranderopgave 2: Personeel, competenties en opleiding

1. Het opstellen van competentieprofielen voor de functieprofielen wordt gedaan aan de hand van de zeven Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS) competentiegebieden. CanMEDS is hierbij een middel om de competentieprofielen uniform te maken en hier eindtermen aan te koppelen.
2. Het opleiden van zorgcoördinatievoorziening professionals wordt gedaan aan de hand van landelijk uniforme Entrustable Professional Activities (EPA's). De EPA's helpen opleidingen te structureren en transparant te maken wat iemand voor een bepaalde functie moet weten en kunnen.
3. Opleidingen worden modulair aangeboden op basis van EPA's om een flexibel en samenhangend stelsel te organiseren, mensen sneller inzetbaar te maken, bij te scholen, loopbaanontwikkeling te ondersteunen en kans op zij-instromers te vergroten.
4. Bij introductie van een mogelijke nieuwe opleiding wordt optimale aansluiting gezocht bij het bestaande samenhangende stelsel van initieel verpleegkundig (of medisch) onderwijs en vervolgonderwijs.
5. Instroomeisen voor ZCV-triagist worden landelijk uniform bepaald om de kwaliteit te borgen. Op basis van ervaringen in het land lijkt MBO-4 opleiding tot doktersassistent, (HAP) triagist of verpleegkundige passend.

F. Verdieping patiëntgegevens

Verdieping bij veranderopgave 3: Inzicht in relevante patiëntgegevens

Essentiële gegevens

- **Algemene informatie:** basisinformatie over patiënt die helpt om snel de juiste urgentie te kunnen bepalen
- **ABCDE informatie:** informatie over de toestand van de patiënt om in te schatten of het om een levensbedreigende situatie gaat. In de situatie dat digitale zelftriage is ingevuld door de burger, gaat het om valideren van deze informatie.
- **Informatie over ingangsklacht:** informatie over de klacht die de patiënt op moment van instroom ervaart.
- **Behandelaanwijzing:** Informatie over de behandelaanwijzing voor de patiënt in de acute zorg (o.a. reanimatiebeleid).
- **Actuele locatie:** Informatie over de actuele locatie van de patiënt indien patiënt op locatie behandeld moet gaan worden.

Benodigde gegevens

- **(Recente) medische voorgeschiedenis:** Recente en relevante voorgeschiedenis van de patiënt vanuit verschillende domeinen (bijv. VVT)
- **Actueel medicatieoverzicht:** Inzicht in huidige medicatiegebruik van de patiënt om mee te kunnen nemen in de urgentiebepaling (o.b.v. uitgifte vanuit apotheek)
- **Overdrachtsinformatie:** Informatie om de patiënt over te dragen naar de ketenpartner die de zorginzet voor deze patiënt gaat verzorgen
- **Informatie voor terugbelverzoek:** contactgegevens en toestemming van burger voor terugbelverzoek

Behulpzame gegevens

- **Wensen van de patiënt:** Bij het bepalen van de passende zorginzet en/of het coördineren van deze zorginzet is het wenselijk om de wensen van de patiënt of zijn/haar naasten mee te nemen in de keuzes
- **Informatie over eerdere 'acute zorg contacten':** Informatie over eerdere contacten met ketenpartners in de acute zorg en welk beleid is ingezet door de verschillende ketenpartners in de afgelopen periode
- **Advance care planning:** Informatie over de behandelwensen van de patiënt rond het levenseinde

G. Reeds ontwikkelde ketenbrede zorgpaden in pilot regio's

Verdieping bij aanbevelingen regionale implementatie

- Acute psychiatrie GGZ / Vreemd gedrag
- Appendicitis
- Atriumfibrilleren
- Bloedneus
- Buikpijn volwassenen
- Chronisch zieken
- Diabetes ontregeld
- “Het gaat niet langer thuis”
- Hoofdpijn
- Hulpmiddelen
- Insult
- Katheterzorg / urinewegproblemen
- Kortademigheid
- Obstipatie
- Palliatieve zorg
- Pijnbestrijding / pijn thorax
- Overige U3 en U4
- Kwetsbare ouderen
- Post OK & ontslag
- Sonde
- Vallen / Trauma algemeen/ fracturen
- Wondzorg / trauma beet
- Ziek kind & koorts kind

H. Samenvatting vanuit de werkgroepen

Zoals in bijlage B: Proces en verantwoording is beschreven, hebben vijf werkgroepen de randvoorwaarden uitgewerkt. De samenvatting vanuit deze werkgroepen worden op de volgende pagina's gedeeld (NB zie voor 'Werkgroep 1 – Inrichting zorgcoördinatie' bijlage B en C):

1. Werkgroep 2: Technische Infrastructuur
2. Werkgroep 3: Delen van gegevens
3. Werkgroep 4: Operationele processen
4. Werkgroep 5: Competenties en opleiding
5. Werkgroep 6: Bekostiging en financiering

Samenvatting per werkgroep

Wergroep 2 – Technische infrastructuur

Opdracht en deelnemende partijen

- In kaart brengen wat er op het gebied van IT nodig is om de informatiepositie voor en de functies van zorgcoördinatie mogelijk te maken, passend bij de opgestelde scenario's.
- Deelnemers: ZN, LNAZ – LCPS, InEen, AZN, ActiZ, LMS, VZVZ, Nictiz, RAV Brabant Zuid Oost, pilotdeelnemers: Twente, Oost, Noord Nederland

- 1 Onafhankelijk van het uiteindelijk gekozen scenario heeft de werkgroep enkele **ontwerpprincipes** geformuleerd die benodigd zijn om zorgcoördinatie m.b.t. IT goed in te kunnen richten. Onderstaand staan de ontwerpprincipes met onderscheid tussen principes waaraan de IT minimaal moet voldoen en principes waarvan de werkgroep vindt dat zij bijdragen aan het komen tot een passende IT.

Principes waaraan technische infrastructuur minimaal moet voldoen

1. IT ondersteunt processen en het personeel: vermindert administratielast en is gebruiksvriendelijk
2. Veiligheid m.b.t. privacy van patiëntgegevens en capaciteitsinformatie, in lijn met wetgeving voor gegevensuitwisseling
3. De infrastructuur is betrouwbaar en mate van beschikbaarheid van systemen past bij noodzaak

Principes waarvan de werkgroep vindt dat deze bijdragen aan het komen tot passende IT

1. Ketenpartners maken gebruik van open standaarden en hanteren uniformiteit om koppeling te realiseren
2. De voorziening wordt modulair ingericht en er wordt gebruik gemaakt van verbonden domeinen
3. Deelnemende ketenpartners hebben een niet vrijblijvende rol in de technische infrastructuur.
4. De IT is leveranciersafhankelijk en wordt partnerneutraal ingericht (voorkomen van vendor lock-in)
5. Gebruik maken van bestaande kennis en infrastructures, zoveel mogelijk aansluitend op huidige systemen en applicaties

- 2 De werkgroep ziet in alle stappen van het zorgcoördinatieproces diverse IT functionaliteiten die ingericht moeten worden.

1. **Digitale zelftriage:** contact met HAP/ZCC, digitale zelftriage en delen verslaglegging in dossier beeldbelfunctie, delen verslag
2. **Eenduidige toegang:** telefonisch: wachtrij, keuzemenu en doorschakeling. Digitaal triageformulier
3. **Eenduidige urgentiebepaling:** vastleggen triageverslag, ophalen patiëntinformatie, BSN identificatie en terugkoppeling uitkomst
4. **Passende zorginzet:** ophalen aanvullende informatie, contact met domeinexperts,
5. **Coördineren zorginzet:** inzicht in capaciteit, contact, delen dossier, afspraak inplannen
6. **Bovenregionale samenwerking:** informatie over capaciteit en drukte, delen patiëntdossier
7. **Ondersteunende IT functionaliteiten:** telefoon, apps en portalen, call management en registratiefunctie

- 3 Voor de IT inrichting zijn er vier onderdelen die diverse inrichtingsopties bevatten; de werkgroep heeft op deze onderdelen een visie gevormd en inschatting gemaakt van de inspanning



Digitale zelftriage tool De werkgroep vindt dat digitale zelftriage (realisatie vraagt geen tot matige inspanning, is al deels voorhanden) ambitieuzer kan dan nu in de scenario's wordt geschetst. Zij bevelen aan een variant te overwegen waarin digitale zelftriage wordt gekoppeld aan delen van een EPD (realisatie vraagt forse inspanning). Daarnaast zou er voor minder urgente klachten direct een mogelijkheid ingebouwd kunnen worden om een afspraak te maken. Het advies aan de werkgroep is om deze variant mee te nemen in de verdere uitwerking van zorgcoördinatie.



Infrastructuur voor communicatie In de huidige beschrijving wordt uitgegaan van telefonische meldingen (realisatie voor (doorschakeling naar) regionale nummers vraagt matige inspanning, laag complex voor IT, een landelijk nummer inrichten is een grote investering). De werkgroep ziet meerwaarde in moderne communicatie, zoals apps met chat- en beeldbelfunctie. Het voordeel van deze middelen is dat direct meer informatie over de melder meegestuurd wordt. Telefonie zou hierbij het vangnet moeten zijn, in situaties waar moderne communicatie ontoereikend is.



Capaciteitssysteem en planningsmodule Het maken van technische verbindingen voor het realiseren van inzicht in capaciteit middels een systeem is laag complex, complexiteit zit hem in afspraken rondom eenduidige definities en het inrichten van processen om deze informatie (actueel) beschikbaar te maken zonder handmatige handelingen (realisatie vraagt derhalve een behoorlijke inspanning). Het inrichten een planningsmodule is op IT vlak laag complex, maar uitdaging ligt voornamelijk op organisatorisch vlak (realisatie vraagt een forse inspanning)



Gegevensuitwisseling systemen Vanuit IT perspectief zijn er drie verschillende inrichtingsopties mogelijk: functionaliteiten kunnen geheel ondergebracht worden in de **autonome systemen** van ketenpartners (gemiddelde inspanning), de functionaliteiten kunnen ondergebracht worden in **één nieuw systeem** (realisatie vraagt een forse inspanning) en er kan een **hybride vorm** (realisatie vraagt een forse inspanning) gekozen worden. In alle inrichtingsopties geldt dat je een idealiter een koppeling wilt maken met PGO's en ook derden (bijv. de SEH). Voor deze laatste kan gebruik worden gemaakt van de richtlijnen en standaarden Gegevensuitwisseling Acute zorg.

Werkgroep 3 – Delen van gegevens

Opdracht en deelnemende partijen:

- In kaart brengen wat er op het gebied van data (zowel patiëntgegevens als capaciteitsgegevens) binnen de acute zorgketen nodig is om zorgcoördinatie mogelijk te maken
- Deelnemers: ZN, InEen, ActiZ (lid), AZN, LNAZ – LCPS, LHV, Nictiz, VZVZ, BTN, V&VN (focus wijkverpleging en ambulancezorg), NVZ, Netwerk Acute Zorg Noord-Holland Flevoland en Pilot deelnemers: Zuidwest en Midden NL. GGD GHOR en LHV hebben mee kunnen lezen op de voorbereiding en de uitwerking van de bijeenkomsten

Informatievoorziening is, ongeacht het uiteindelijke scenario, een noodzakelijke randvoorwaarde om de doelen van zorgcoördinatie te kunnen behalen

Om de functies van zorgcoördinatie effectief en efficiënt uit te kunnen voeren is inzicht in verschillende type informatie noodzakelijk: patiëntgegevens, capaciteitsgegevens en managementinformatie. De benodigde informatie is voor het grootste deel gelijk voor de verschillende scenario's (de verschillen zitten op digitale zelftriage en capaciteitsgegevens van en voor huisartspraktijken). Onderstaand is de benodigde informatie per categorie weergegeven, een inschatting op de haalbaarheid en enkele aandachtspunten. De werkgroep inzicht in gegevens als essentieel, zelfs los van zorgcoördinatie

1 Patiëntgegevens

De werkgroep adviseert een groeimodel waarin accent eerst ligt op essentiële gegevens (onmisbaar voor zorgcoördinatie) en gegevens die benodigd zijn voor betere urgentiebepaling en bepalen passende zorginzet, daarna focus op gegevens die behulpzaam zijn in zorgcoördinatieproces. Het gaat hierbij om:

Essentiële gegevens	Benodigde gegevens	Behulpzame gegevens
<ul style="list-style-type: none"> • Algemene patiënt-informatie • ABCDE informatie • Informatie ingangsklacht • Behandelaanwijzing • Actuele locatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Recente voorgeschiedenis • Medicatieoverzicht • Overdrachtsinformatie • Informatie over terugbelverzoek 	<ul style="list-style-type: none"> • Wensen van de patiënt • Informatie over eerdere 'acute zorg contacten' • Advanced care planning

Haalbaarheid 2025:
Verwachting van de werkgroep is dat essentiële gegevens (m.u.v. actuele locatie) met weinig inspanning kan worden ingericht. Benodigde gegevens voor HA(P) en SEH lijken haalbaar, overige domeinen vraagt (behoorlijke) inspanning. Voor behulpzame gegevens is wens van de patiënt eenvoudig haalbaar, overige informatie vraagt meer inspanning

Aandachtspunten:

- 1. Wet- en regelgeving:** keuze governance zorgcoördinatie bepaalt mate van impact wetsaanpassing Wabvvpz
- 2. Richtlijnen:** bestaande richtlijnen als uitgangspunt, aanvullingen nodig op richtlijn acute zorg, bij implementatie achterban betrekken
- 3. Governance:** vereenvoudig gebruik data door zorgverlener, aansluiten op bestaande bronnen, toets op AVG, helderheid over verantwoordelijkheid

2 Capaciteitsgegevens

De werkgroep adviseert om per domein verschillende soorten capaciteitsgegevens inzichtelijk te maken. Informatie over beschikbare capaciteit, informatie over drukte en locatie van zorgverlener. Niet in alle domeinen is alle informatie noodzakelijk. Wel geldt voor alle domeinen dat contactinformatie over zorginstellingen (bijv. openingstijden, locatie, profiel) up-to-date moet zijn.

Ziekenhuizen <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbare bedden, diagnostiek en specifieke capaciteit • Opnamestop acute instroom en druktemeting SEH 	Ambulancezorg <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbare ambulances (A1, A2 en B inzet) • Druktemeting • Track & Trace ambulances 	Huisartsenposten <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaarheid triagist, arts, consult en visites • Uitloop HAP (tel en fysiek) • Track & Trace visiteauto's
Huisartsenpraktijken <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbare consulten U3 / U4 	Ongeplande VVT <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbare bedden per zorgvorm, beschikbaarheid wijkverpleging • Druktemeting • Track & Trace wijkvpk. 	Acute GGZ <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbare crisisplekken, • Beschikbaarheid crisisdienst en GGZ-arts

Haalbaarheid 2025:
De werkgroep ziet binnen ziekenhuizen en ambulancezorg al veel bruikbare gegevensuitwisselingen. Grootste inspanning op capaciteitsinformatie zit voornamelijk op de domeinen HAP, ongeplande VVT en acute GGZ.

Aandachtspunten:

- 1. Randvoorwaarden voor capaciteitsinformatie:** ontwikkelen van eenduidige definities en bepalen benodigde actualiteit van gegevens
- 2. Aansluiting bij structuren opgezet in het ROAZ:** vanuit o.a. het IZA
- 3. Toets bij ACM:** toets of delen van capaciteitsinformatie mededinging technische bezwaren in zich heeft.

3 Managementinformatie

De werkgroep is van mening dat managementinformatie noodzakelijk is om de effectiviteit van zorgcoördinatie meetbaar te maken.

Het is van belang dat de KPI's aansluiten bij de keuzes die gemaakt worden voor de toekomstige implementatie van zorgcoördinatie

Aandachtspunten:

- 1. Beperk aanvullende handelingen:** maak gebruik van informatie die al voor andere doeleinden wordt geregistreerd
- 2. Mitigeer ongewenste neveneffecten:** aandacht voor bewust of onbewuste neveneffecten
- 3. Combineren van bronnen:** het koppelen van informatie vanuit ketenpartners om gehele acute zorgketen in beeld te brengen (standaardisatie van gegevens)

Samenvatting per werkgroep

Werkgroep 4 – Operationele processen

Opdracht en deelnemende partijen

- In kaart brengen van werkprocessen – zowel zorginhoudelijke als organisatorische processen – die nodig zijn om de activiteiten van zorgcoördinatie goed uit te kunnen voeren, passend bij de opgestelde scenario's
- Deelnemers: InEen, SpoedHAG, ActiZ, BTN, RAV, Nictiz en pilot deelnemers: Midden Nederland en Noord Nederland

1 De werkgroep ziet enkele **algemene randvoorwaarden** om processen voor zorgcoördinatie goed in te kunnen richten:

- Eenduidige toegang:** (1) patiënt dichtbij huidige verblijfslocatie helpen, randvoorwaardelijk is landelijk inzicht in de professionele samenvatting uit bronsystemen. (2) afspraken over beleid 'zelfverwijzers'.
- Eenduidige urgentiebepaling:** uitkomsten van triage koppelen aan een urgentiecode (zoals in de Landelijke Urgentie Tabel), die voor de domeinen HAP, RAV en acute wijkverpleging gelijk is gesteld.
- Bepalen passende zorginzet:** (1) gezamenlijke ontwikkeling zorgpaden door primaire ketenpartners. (2) individuele domeinen organiseren een centraal te bereiken contactpunt (bv. ELV coördinatiepunt).
- Coördineren zorginzet:** (1) afspraken kunnen inplannen bij spreekuur huisartsen. (2) inzicht in beschikbare 'zorgeenheden' (combinatie vervoersmiddel en zorgprof. met bepaalde competenties) is nodig.

2 Daarnaast ziet de werkgroep het **inrichten van onderstaande organisatorische processen** als randvoorwaarde om zorgcoördinatie goed te laten functioneren

Reguliere processen	Onboarding processen personeel	Processen t.b.v. implementatie
<ul style="list-style-type: none"> Multidisciplinaire dag- en weekstart Multidisciplinaire casuïstiekbesprekingen Domeinoverstijgende bijsturing Evaluatieprocessen continue verbetering Besluitvormings- en escalatieproces 	<ul style="list-style-type: none"> Processen ter kennisuitwisseling Processen voor opleiden medewerkers 	<ul style="list-style-type: none"> Processen gericht op samenbrengen culturen

3 Werkgroep 4 heeft mogelijke **inrichtingsopties voor de zorginhoudelijke processen** van zorgcoördinatie in kaart gebracht en uitgewerkt

De werkgroep heeft per scenario mogelijke inrichtingsopties van processen uitgewerkt. Deze processen zijn visueel uitgewerkt in stroomschema's, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen procesinrichting voor burgers en voor zorgverleners. Hierin zijn ook voor- en nadelen beschreven. Onderstaand een samenvattend overzicht van de inrichtingsopties die nieuw zijn t.o.v. de huidige realiteit:

Processen	Scenario A	Scenario B	Scenario C	Scenario D	Scenario E
RAV	Toevoegen van secundaire MKA voor het uitgebreider bepalen van passende zorginzet voor niet A0 of multi-inzet zorgvragen			112 integreren met ZCC; alle meldkamer processen onderbrengen in ZCC afdeling	
HA(P)	Toevoegen van een pre-triage proces: ABCD check, registeren NAWT gegevens en beller in 'warme wachtrij' plaatsen				
	Centraliseren van (pre)triage processen per HDS / ZC regio				
Ongeplande VVT	Samenvoegen van triage-/coördinatiefunctie in coördinatiepunt ongeplande VVT				
ZCC	Legenda: Gestippelde omlijning: Inrichting optioneel in scenario Doorgetrokken omlijning: Inrichting inherent aan scenario Blauw: Gemiddelde tot forse inspanning, realisatie haalbaar 2025-2030 e.v. Grijs: Beperkte tot matige inspanning, haalbaar in 2025			Onderbrengen van processen in een (fysiek) zorgcoördinatiecentrum Inrichten dispatch center (op ZCC) voor uitgifte mobiele zorgeenheden	

4 Nieuwe processen in scenario's A, B en C vragen naar verwachting mindere **mate van inspanning**, en zijn op kortere termijn realiseerbaar dan processen in scenario's D en E

Met name het eventueel integreren van 112 met het ZCC, het inrichten van processen voor een fysiek ZCC en een dispatch center (op ZCC) vragen een forse inspanning en zijn mogelijk pas haalbaar op de langere termijn (2025-2030 (e.v.)). De secundaire MKA, een pre-triage proces en een centraal triage- en coördinatiepunt inrichten kennen een relatief beperkte inspanning en lijken haalbaar in 2025. Dit kunnen tevens tussenstappen zijn voor de inrichting van processen op een fysiek ZCC. NB. het inrichten van pre-triage is een regionale keuze die moet passen bij de regionale context.

Werkgroep 5 – Competenties & opleiding



Opdracht en deelnemende partijen

- In kaart brengen van de functies en competenties en de hierbij benodigde opleidingen voor professionals, om zorgcoördinatie kwalitatief goed uit te voeren, passend bij de scenario's.
- Deelnemers: InEen, AZN, ActiZ, BTN, V&VN Ambulance en pilot deelnemers: Twente en Midden Nederland

1 Uitgangspunten en algemene adviezen die de werkgroep ziet bij het uitwerken van competenties en opleiding voor zorgcoördinatie:

- Binnen deze werkgroep is enkel gekeken naar professionals die zich bezig houden met het **primaire proces** (en dus niet functies gerelateerd aan HR, finance, etc.)
- We beschrijven taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden behorend bij zorgcoördinatie en wijzen deze toe aan **functieprofielen**.
- Voor de functies stellen we competentieprofielen op, aan de hand van de zeven **CanMEDS competentiegebieden**
- We streven in het opleiden van professionals naar **landelijk uniforme Entrustable Professional Activities** (EPA's) voor zorgcoördinatie
- We bieden **opleidingen op basis van EPA's modulair** aan om een flexibel en samenhangend stelsel te organiseren

2 De werkgroep heeft verkend bij welk type (bestaande of nieuwe) functieprofielen de taken van zorgcoördinatie belegd kunnen worden en heeft per scenario een keuzepalet opgesteld. Onderstaand een schematisch overzicht van de functieprofielen die **nieuw/minder gangbaar** zijn t.o.v. de huidige situatie (links) en een korte omschrijving van deze nieuwe functieprofielen (rechts)

Processen	Scenario A	Scenario B	Scenario C	Scenario D	Scenario E
RAV	112 Centralist Zorgbemiddelaar geplande ambulancezorg				
HA(P)	Pre-triagist HAP VS/PA supervisor				
VVT		Zorgbemiddelaar acute wijkverpleging			
ZCC	Legenda  Functieprofiel optioneel in scenario  Functieprofiel inherent aan scenario			ZC pre-triagist ZC centralist/triagist spoed ZC triagist ZC regieteam ZC dispatcher	

Nieuwe functieprofielen	Korte omschrijving – NB keuze voor functie afhankelijk van invulling processen en context regio
112 Centralist (lopende pilot)	Niet-verpleegkundig zorgpersoneel (niet-BIG) dat onder supervisie taken uitvoert o.b.v. protocol ProQA. Kan bijdragen aan opvangen personeelstekort onder verpleegkundig centralisten.
Zorgbemiddelaar geplande ambulancevervoer	Hiervoor is geen BIG registratie nodig, bij tekort aan verpleegkundig centralisten is dit een optionele extra functie. Voor deze functie wel enige medische kennis nodig.
Pre-triagist HAP	Voor snelle aanname en filteren van spoed. Taken: ABCD check, NAW gegevens registreren, beller in warme wachtrij plaatsen/direct doorverbinden naar triagist. Bijv. geneeskunde studenten
VS/PA supervisor (verkenning nodig)	Verpleegkundig specialisten en/of physician assistants als (medisch) verantwoordelijke voor de regie bij telefonische triage HAP/HDS, i.p.v. de regiearts. Kan druk op huisartsen verminderen
Zorgbemiddelaar acute wijkverpleging	Coördineert tijdelijk verblijf bedden en acute wijkteams die direct inzetbaar zijn. Hiermee wordt als het ware een 'frontdesk voor ongeplande VVT' voor verwijzers gecreëerd.
ZC Pre-triagist	Voor snelle aanname en filteren van spoed, zie ook pre-triagist HAP
ZC centralist/triagist spoed	Aanname van spoedmeldingen, bepalen urgentie en passende zorginzet en coördineren zorginzet voor A0, alle overige urgenties doorzetten naar ZC triagist. Mogelijk lager opgeleid dan ZC triagist.
ZC triagist	Zie boven, echter dan voor overige urgenties (niet A0 en multi-inzet). ZC triagist heeft kennis van één of meerdere acute zorgdomeinen. Vraagt hogere opleiding dan ZC triagist spoed.
ZC regieteam	Domeinoverstijgend regieteam van superviserende artsen/verpleegkundig specialisten/physician assistants met medische eindverantwoordelijkheid op het ZCC. Specialisten evt. op afstand
ZC dispatcher	Optionele extra functie (logistiek medewerker met enige medische kennis) of aanvullende rol van een triagist. Uitsturen/aansturen van geschikte en beschikbare mobiele zorgeenheden

3 Inspanning voor scenario's A t/m C is relatief beperkt: werkzaamheden veranderen niet veel, maar invulling randvoorwaarden vraagt enige inspanning. Inspanning voor scenario D & E is aanzienlijk groter omdat hier een integraal opleidingsstelsel voor moet worden ingericht en werkzaamheden van het huidige personeel veranderen. Dit betekent een behoorlijke veranderopgave. De stappen in scenario A t/m C kunnen hierbij tussenstappen zijn.

Samenvatting per werkgroep

Werkgroep 6– Bekostiging en financiering

Opdracht en deelnemende partijen

- in kaart brengen welke kosten(posten) zorgcoördinatie in zich heeft en hoe zorgcoördinatie structureel bekostigd en gefinancierd kan worden, passend bij de scenario's.
- Deelnemers: InEen, AZN, ActiZ, ZN, LNAZ, NZa

- 1 Visie vanuit werkgroep:** Werkgroep ziet twee mogelijkheden voor bekostiging en financiering van zorgcoördinatie
 - Mogelijkheid 1: het gebruik maken en doorontwikkeling (voor prikkel samenwerking) van huidige vormen van bekostiging waarbij het noodzaak is dat eisen worden gesteld aan financiering (congruentie)
 - Mogelijkheid 2: het inrichten van nieuwe bekostiging voor zorgcoördinatie met een risico op kostenstijgingen en impact op de vrijheidsgraden van ketenpartners
- 2 Aandachtspunten:** werkgroep heeft aantal aandachtspunten mee aan het kernteam
 1. Veel van de taken binnen zorgcoördinatie worden nu ook al uitgevoerd en gefinancierd. De impact van zorgcoördinatie op structurele kosten voor samenwerking is lastig in te schatten.
 2. Het implementeren van een landelijke inrichting van zorgcoördinatie brengt transitiekosten met zich mee; sommige van deze kosten doen zich ook voor buiten het inrichten van zorgcoördinatie.
 3. Het is lastig in te schatten wat de uiteindelijke besparingen van zorgcoördinatie zullen zijn, deze zullen pas duidelijk worden na invoering.
- 3 Bekostigingsmodellen:** Op hoofdlijnen komt de werkgroep tot de conclusie dat vier bekostigingsmodellen realistisch zijn, zie onderstaand voor een samenvattend overzicht:

	Optie I	Optie II	Optie III	Optie IV
Passend bij scenario	A, B en C	C	D en E	D en E
Governance	Samenwerkingsverband¹	Rechtspersoon²	Eén zorgaanbieder³	Eén zorgaanbieder³
Verdelen van kosten	Onderlinge verrekening van de kosten tussen zorgaanbieders (regionale afspraken)	Zorgaanbieder heeft zogenaamd 'abonnement' op zorgcoördinatie (onderlinge verrekening met een optie van een shared service center)	<i>N.v.t.</i>	<i>N.v.t.</i>
Capaciteit van personeel in ZCC	Zorgaanbieders regelen individueel personeel voor ZC werkzaamheden	Zie optie 1 of medewerkers zijn in dienst van de rechtspersoon	Personeel in dienst van de zorgorganisatie of gedetacheerd vanuit de ketenpartners	Personeel in dienst van de zorgorganisatie of gedetacheerd vanuit de ketenpartners
Bekostiging	Huidige bekostigingssystematiek gebruiken en doorontwikkelen	Huidige bekostigingssystematiek gebruiken en doorontwikkelen	Nieuwe bekostigingssystematiek opstellen voor zorgcoördinatie (op basis van prestatie of budget)	Beschikbaarheidsbekostiging
Inkoop	Zorgverzekeraars contracteren bij individuele zorgaanbieders ⁴	Zorgverzekeraars contracteren bij individuele zorgaanbieders ⁴	Zorgverzekeraars contracteren bij de ZC-aanbieder	<i>N.v.t.</i>
Inkoopmodel	Nodige aanpassingen	Nodige aanpassingen	Volgbeleid of in representatie	Beschikbaarheidsvergoeding door NZa
Conclusie en inspanning	De huidige bekostigings- en financieringssystematiek wordt gecontinueerd met de noodzakelijke aanpassingen om zorgcoördinatie mogelijk te maken. Echter, wel inspanning nodig op stimuleren samenwerking en congruentie noodzakelijk	De huidige bekostigings- en financieringssystematiek wordt gecontinueerd met de noodzakelijke aanpassingen om zorgcoördinatie mogelijk te maken. Echter, wel inspanning nodig op stimuleren samenwerking en congruentie noodzakelijk	Deze optie vraagt logischerwijs veel aanpassingen in bekostiging en financiering. Daarnaast heeft het invloed op de vrijheid van ketenpartners. Het inrichten van een nieuwe systematiek vergt veel inspanning en een behoorlijke doorlooptijd.	Bekostigings- en financieringssystematiek moet aangepast worden, echter minder wijzigingen in beleidsregels van NZa nodig dan optie III. Echter, besluitvormingsproces voor toekenning van beschikbaarheidsbijdrage vergt forse inspanning.

¹Samenwerking: Zorgaanbieders vervullen gezamenlijk zorgcoördinatie middels een samenwerkingsverband. Zorgaanbieders maken zelf afspraken over de manier van samenwerken

²Rechtspersoon: Zorgaanbieders vallen onder één rechtspersoon die zorgcoördinatie uitvoert. De deelnemende partijen vallen onder een juridische constructie

³Zorgaanbieder: Zorgcoördinatie wordt uitgevoerd door één zorgorganisatie. Zorgaanbieders besteden de coördinatie van zorg uit aan deze zorgorganisatie

⁴Naast contractering door zorgverzekeraars worden LCPS / RCPS bekostigd via de beschikbaarheidsbijdrage Coördinatie Traumazorg en ROAZ (per 1 juli 2023, conform het voorgenomen wijzigingsbesluit van VWS)

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
3574133-1046336-CZ

Datum 12 mei 2023
Betreft Inrichting van zorgcoördinatie

Uw brief
-

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

Geachte voorzitter,

Op 4 april jl. heb ik u het advies aangeboden dat ik van verschillende partijen in de zorg heb ontvangen over zorgcoördinatie¹. In de aanbiedingsbrief bij het advies heb ik aangekondigd met een inhoudelijke visie op en een concreet totaalconcept van zorgcoördinatie te komen. Deze brief dient daartoe.

Het belang van zorgcoördinatie

De zorg moet voor iedereen toegankelijk en van goede kwaliteit zijn en voor iedereen betaalbaar blijven. Dat geldt ook voor de acute zorg. Uiteraard is het beter om te voorkomen dat mensen acute zorg nodig hebben. Dat vraagt om een goede onderliggende organisatie van de zorgketen in brede zin. Daarover zijn afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord² (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Daarnaast zijn ook acties in gang gezet om te voorkomen dat een zorgvraag acuut wordt, zijn en blijven van belang.

Als er dan toch een acute zorgvraag is, is zorgcoördinatie een middel om te zorgen dat de zorgvrager de juiste zorg van de juiste zorgverlener krijgt op het juiste moment. Zorgcoördinatie is voor mij een belangrijke pijler van een toekomstbestendige acute zorg (een doelstelling uit het Coalitieakkoord) en een drager van de gewenste samenwerking tussen partijen in de acute zorgketen. Al in verschillende documenten en debatten heb ik het belang dat ik hecht aan zorgcoördinatie aan u geschetst. In de Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg³ ben ik hier uitgebreid op ingegaan. En ook in het IZA hebben we hier verscheidene afspraken over gemaakt. Zorgcoördinatie maakt ook onderdeel uit van de versterkingen die ik voor me zie in het kader van het beleidsprogramma Pandemische paraatheid. Sterker nog, één van de prominente lessen van de Coronaperiode is dat coördinatie georganiseerd moet worden om de schokbestendigheid van de zorg te borgen.

¹ Tweede Kamer, 2022/23, 29247, nr. 386.

² Tweede Kamer, 2021/22, 31765, nr. 655.

³ Tweede Kamer, 2022/23, 29247, nr. 362.

Het doel van zorgcoördinatie is om er door middel van een eenduidige toegang en eenduidige, multidisciplinaire triage en inzicht in beschikbare capaciteit in de keten voor te zorgen dat de patiënt met een acute maar niet levensbedreigende zorgvraag op het juiste moment, de juiste zorg, op de juiste plek, van de juiste zorgverlener ontvangt. De patiënt krijgt goede zorg en de zorgverlener die een plek zoekt voor een patiënt wordt ontzorgd. De druk op de acute zorg kan worden verminderd, beter worden gespreid en de capaciteit beter benut. Zorgcoördinatie levert daarmee een bijdrage aan het houdbaar maken van de zorg als geheel. Ook in het advies wordt zorgcoördinatie gezien als één van de middelen om de schaarste het hoofd te bieden.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Kenmerk
3574133-1046336-CZ

De essentie is dat de toegankelijkheid van de zorg door zorgcoördinatie verbetert. De drukte in de acute zorg is niet van vandaag of gisteren en zal alleen maar groter worden. Daarbij heb ik het niet alleen over de ambulancezorg of de spoedeisende hulp van een ziekenhuis, maar juist ook over de gehele keten van acute zorg, waaronder onder andere de acute ggz, de geboortezorg en de zorg voor kwetsbare ouderen. Hoewel zorgcoördinatie in de basis niet gaat om de reguliere (niet-acute) curatieve en langdurige zorg, hangt het daarmee nauw samen. Immers, als het vastloopt in de acute zorg, leidt dat tot knelpunten elders in de zorg en omgekeerd. Een goed toegankelijke acute zorgketen is bijvoorbeeld van belang om ouderen en mensen met een beperking zoveel mogelijk in hun eigen omgeving te kunnen laten wonen en regie over hun eigen leven te laten houden. Tegelijkertijd is toegankelijke zorg en ondersteuning voor deze groepen nodig om de druk op de acute zorg te beperken.

Zorgcoördinatie is een middel om de zorgvraag zo goed mogelijk op te vangen binnen de bestaande capaciteit, waarbij maximaal gebruik wordt gemaakt van informatie uit en een overstijgende blik op de verschillende sectoren en domeinen binnen de zorg. Het zorgcoördinatiecentrum (zcc) kan deze integrale benadering bieden, waarmee op diverse terreinen meerwaarde gecreëerd kan worden. De patiënt met een acute maar niet levensbedreigende zorgvraag hoeft daardoor bijvoorbeeld minder lang te wachten op zorg en hoeft niet naar een andere locatie als zorg thuis (al dan niet digitaal) mogelijk is. De huisarts wordt ontlast doordat deze minder tijd kwijt is aan het zoeken van de juiste zorgaanbieder die tijd heeft voor de patiënt met de acute zorgvraag. Op de SEH zal de drukte meer gespreid worden. Bestaande capaciteit, zowel van grote als van kleine ziekenhuizen en vooral ook van aanbod van zorg buiten het ziekenhuis zoals (acute) wijkverpleging, kortdurend verblijf of een VVT-(crisis)bed, wordt beter benut. Ik ben ervan overtuigd dat zorgcoördinatie een goede bijdrage zal leveren aan de optimale inzet van schaarse zorgmedewerkers.

Ik zie goed werkende zorgcoördinatie als een vereenvoudiging van de wijze waarop de zorgpartijen met elkaar samenwerken en als de "next step" in informatiegestuurd werken voor de patiënt. Het is zeker niet mijn bedoeling om met zorgcoördinatie de werking van het stelsel complexer te maken door een extra laag of instantie toe te voegen. Het moet juist door zelftriage, samenwerking van (huidige) triagisten met verschillende deskundigheden, het meer multidisciplinair opleiden van triagisten en meer inzicht in capaciteit van zorg, eenvoudiger worden voor de patiënt en voor de zorgverlener om direct de juiste zorg te krijgen of te organiseren, van de juiste zorgverlener, op de juiste locatie. Zorgcoördinatie is daarmee een doorontwikkeling van de huidige (versnipperde) triage en inzet van zorg op basis van beter inzicht in beschikbare capaciteit.

Zorgcoördinatie is niet het maken van beleid voor de acute zorg in de regio of het overnemen van de rol van de zorgverzekeraars ten aanzien van de in te kopen zorg. Ik kom daar verderop in deze brief op terug.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Getuige het advies dat ik van een groot aantal partijen heb mogen ontvangen, hechten ook deze partijen een groot belang aan het snel tot stand komen van zorgcoördinatie. Ik waardeer de inspanningen die partijen hebben geleverd om tot dit advies te komen en de inspanningen en de energie van degenen die al proefdraaien in de praktijk met vormen van zorgcoördinatie.

Kenmerk
3574133-1046336-CZ

Mede op basis van de pilots, andere praktijken, dit advies en na het overleg dat ik met partijen heb gevoerd, kom ik tot de volgende visie op hoofdlijnen. Ik ben me ervan bewust dat dit concept nog de nodige uitwerking vergt. Daarbij moet onder andere bekeken worden in hoeverre de gekozen richting ingrijpt op (de verantwoordelijkheidsverdeling binnen) het zorgstelsel en de huidige wet- en regelgeving. Dit zal ik meenemen in de verdere vormgeving van zorgcoördinatie.

Wat is zorgcoördinatie

Conform het advies ga ik ervan uit dat zorgcoördinatie bestaat uit de volgende **functies**:

1. Eenduidige urgentiebepaling;
2. Bepalen van passende zorginzet;
3. In samenspraak met de patiënt coördineren van zorginzet binnen de ROAZ-regio en zo nodig in buurregio's, op basis van inzicht in capaciteitsinformatie en een planningssysteem;
4. Zorgverleners helpen bij het bepalen van urgentie, passende zorginzet of indicatiestelling voor een bed voor kortdurend verblijf en coördineren van de inzet van vervolgzorg in samenspraak met de patiënt.

Ik zie een onderscheid in de verschillende **meldingen** en meldstromen in de acute zorg en de betrokkenheid van het zcc daarbij:

- De meldingen van zorgvragers die in de ANW-uren binnenkomen bij huisartsenposten (HAP's) worden automatisch doorgeschakeld naar het (telefoonnummer van het) zcc (conform het advies p. 10 en 16).
- Meldingen die binnenkomen bij 112 waar na triage sprake is van een (mogelijk) tijdkritische, levensbedreigende situatie worden in ieder geval fysiek aangenomen en afgehandeld door de centralist van de RAV (p. 17 van het advies).
- Als een zorgverlener of een zcc een melding krijgt met een (mogelijk) tijdkritisch, levensbedreigend karakter, schakelt deze direct met de centralist van de RAV (geen onderdeel van het advies).
- Als er inzet van politie en/of brandweer nodig is, of bij opgeschaalde situaties (GRIP), crises of rampen, wordt de melding altijd afgehandeld op de meldkamer (geen onderdeel van het advies).
- Indien een uitgebreidere triage mogelijk is doordat uit de eerste triage door de centralist van de RAV op de meldkamer blijkt dat een tijdkritische levensbedreigende situatie uitgesloten kan worden, dan wordt de melding warm doorverbonden naar het zcc (p. 10 en 17 van het advies).

Wanneer wel of niet sprake is van een tijdkritische levensbedreigende situatie, wat het juiste moment van overdracht aan het zcc is en wat de benodigde kwalificaties van de triagisten van het zcc zijn, zal de komende periode nader worden uitgewerkt en waar nodig worden vertaald in concrete (proces)afspraken tussen

betrokken partijen uit het zorg- en meldkamerveld. Per ROAZ-regio is er daarnaast één telefoonnummer voor de hulpvraag van zorgverleners voor passende zorginzet (p. 11 van het advies).

Ik vind het belangrijk dat een zcc een **lerende organisatie** is en voortdurend de kwaliteit van de zorg monitort en verbetert. Zeker in de beginfase, maar ook structureel, is het van belang voortdurend te bezien of de gekozen werkwijze de beste werkwijze is om voor patiënten de juiste zorg op de juiste plek te vinden en om voor zorgverleners het zoeken naar een plek te vereenvoudigen. Zcc's zullen moeten meebewegen met de ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van zorg, de opgaven die voortvloeien uit de ROAZ-beelden en ROAZ-plannen en de digitale mogelijkheden die er zijn om zorgvragen te beantwoorden. Ik hecht er ook aan dat zcc's leren van elkaar.

Bij de uitvoering van de bovengenoemde functies zijn de **deelnemende partijen** alle Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's), HAP's, eerstelijns verblijf (ELV)-coördinatiepunten, en aanbieders van acute wijkverpleging in de ROAZ-regio en zodra mogelijk de aanbieders van ggz-triage. Deze partijen hoeven niet allemaal 24/7 fysiek dan wel virtueel aanwezig te zijn op het zcc. Elke regio kan hier eigen passende afspraken over maken. Zorgverleners moeten wel 24/7 met hun vragen over zorginzet bij het zcc terecht kunnen. Er moet een goede samenwerkingsovereenkomst zijn met de meldkamer(s) in de regio.

Partijen benadrukken in hun advies het belang van **zelftriage**. In het advies geven partijen aan dat HAP's digitale zelftriage aanbieden via hun eigen website. Idealiter kan door middel van zelftriage in een aantal gevallen worden voorkomen dat een triagist nodig is voor bijvoorbeeld een advies voor zelfzorg en wordt de uitkomst van de digitale zelftriage zichtbaar in het zcc als de zelftriage uitwijst dat er een triagist aan te pas moet komen. Dit vergt een doorontwikkeling van beschikbare tools en een kwaliteitstoets.

Daarnaast hebben partijen in de acute zorg zich ingezet voor het opzetten van **publieksvoorlichting** voor goed gebruik van acute zorg (p. 32 van het advies). Er is een breed pakket aan communicatiemiddelen ontwikkeld dat landelijk beschikbaar is en aanpasbaar is aan de lokale of regionale setting.

Inzicht in actuele capaciteit van zorgaanbieders in de regio en patiëntenspreiding

In mijn adviesaanvraag van 10 mei 2022 heb ik partijen gevraagd te adviseren over de functies van inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding, als onderdeel van de functies van zorgcoördinatie. In het IZA staat dat VWS in overleg met de betrokken partijen het initiatief neemt om te voorzien in de structurele inbedding van deze functies in regelgeving en bekostiging. In de Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg heb ik aangegeven te streven naar een structurele inbedding van deze functies.

Partijen geven in het advies aan dat **inzicht in beschikbare capaciteit** in de gehele keten een doel is van zorgcoördinatie (p. 7). In het zcc moet wat mij betreft ten behoeve van de coördinatie van zorginzet ten minste inzicht bestaan in de actuele vrij beschikbare capaciteit in de gehele ROAZ-regio van RAV's, HAP's,

huisartsen⁴, ziekenhuizen, acute wijkverpleging, farmaceutische spoedzorg, acute ggz, ELV, geriatrische revalidatiezorg, crisisbedden in verpleeghuizen en gehandicaptenzorg en geboortezorg. In de toekomst is dit inzicht in de capaciteit van al deze categorieën zorgaanbieders idealiter beschikbaar in het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ), waarbij aanlevering zoveel als mogelijk geautomatiseerd plaatsvindt. Een fasering in de tijd is hierbij denkbaar. In het advies zien partijen het LPZ ook als basis voor een capaciteitsinformatiesysteem (p. 32, 33).

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Kenmerk
3574133-1046336-CZ

Partijen geven in hun advies aan dat het in tijden van schaarste wenselijk is dat **(boven)regionale verplaatsingen van patiënten** gecoördineerd worden (p. 15 van het advies). Ik ben het eens met partijen dat de mogelijkheid van actieve patiëntenspreiding in bepaalde situaties behouden moet blijven. Patiëntenspreiding moet ingezet kunnen worden bij grootschalige incidenten, rampen of crises.

De coördinatie van zorginzet is succesvoller naarmate het **aanbod van zorg** waarnaar toe verwezen kan worden beter beschikbaar is. Zo is bijvoorbeeld de beschikbaarheid van kortdurend verblijf (waaronder ELV) en (acute) wijkverpleging cruciaal om te zorgen dat de patiënt op het juiste moment de juiste zorg krijgt. In het advies dat ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heb gevraagd over de bekostiging van de acute zorg, vraag ik al expliciet om een advies over welke bekostiging de inzet van acute zorg thuis faciliteert en stimuleert. Naar aanleiding van de opmerkingen op p. 26 van het advies over acute wijkverpleging en de beschikbaarheid van VVT-bedden zal ik bezien of de huidige adviesaanvraag voldoende is om tot een advies te komen om de benodigde passende zorg te kunnen realiseren, waarbij ik ook zal beoordelen of het nodig is om aanvullend advies hierover aan de NZa te vragen.

De organisatie van zorgcoördinatie

De **schaalgrootte** van het zcc zal worden gestoeld op die van de inrichting van de huidige regionale samenwerking in de acute zorg. Dat betekent dat er per Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)-regio één zcc komt, overeenkomstig scenario III uit het advies. Per zcc is wat mij betreft meer dan één werklocatie mogelijk. In het ROAZ worden daarover afspraken gemaakt, zodat de hele regio bediend wordt. Ik stel geen landelijk maximum aan het aantal locaties binnen het zcc, het aantal locaties laat ik over aan het ROAZ. Ik ga ervan uit dat ROAZ-en op dit punt passende afwegingen maken, gegeven de specifieke omstandigheden in de regio. Relevant voor het aantal locaties zijn daarbij onder andere de reistijd voor de medewerkers enerzijds en de te behalen schaalvoordelen qua personeelsinzet anderzijds. Bestaande samenwerkingsverbanden kunnen hierbij ook een rol spelen. Het is wat mij betreft echter niet denkbaar dat er één locatie komt per HAP of per ziekenhuis, want dan zouden de voordelen van gezamenlijke of multidisciplinaire triage en opschaalbaarheid bij knelpunten of incidenten niet goed gerealiseerd kunnen worden.

Met deze inrichting wordt het mogelijk dat er goede samenhang bereikt kan worden tussen het ROAZ, dat het beleid maakt ten aanzien van de beschikbaarheid van acute zorg en zorgcoördinatie in de regio, en de uitvoering van dat beleid door het zcc. Het gaat daarbij om een wisselwerking, waarbij het

⁴ Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan inzicht in bij welke praktijken mensen zich kunnen inschrijven en inzicht in openingstijden en telefonische bereikbaarheid voor spoedvragen of reguliere zorgvragen.

zcc niet alleen uitvoering geeft aan beleid en afspraken die in ROAZ-verband zijn gemaakt, maar waarbij de informatie of signalen vanuit het zcc ook gebruikt kunnen worden om nadere afspraken of beleid te maken in het ROAZ. Dit vraagt ook om een bepaalde houding van zorgaanbieders binnen het ROAZ en onderstreept de noodzaak dat alle aanbieders binnen de acute zorgketen (dus ook de ggz en de VVT) vertegenwoordigd zijn in het ROAZ.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Kenmerk
3574133-1046336-CZ

Er is dan één zcc verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgcoördinatie in de regio, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de zorgverzekeraars hebben één aanspreekpunt en het inzicht in de actuele capaciteit van de zorg is in de hele regio gelijk. Er is in de regio één vorm van zorgcoördinatie, één digitaal systeem en één werkwijze.

De **organisatie** van het zcc moet functioneel, effectief en efficiënt vorm worden gegeven. Ik zie hierbij een gefaseerde aanpak. Het is allereerst van belang dat alle regio's snel starten met de inhoudelijke uitrol van zorgcoördinatie. In deze eerste (aanloop)fase kan een start met een (in)formeel regionaal samenwerkingsverband voor de hand liggen. Binnen een dergelijk samenwerkingsverband kunnen bijvoorbeeld alvast werkafspraken worden gemaakt. Ik heb vanuit gesprekken met de zorgverzekeraars begrepen dat zij de noodzakelijke stimulering en ondersteuning van regionale samenwerking om zorgcoördinatie tot stand te brengen vanuit hun inkoopverantwoordelijkheid serieus en met vaart op zullen pakken. Aangezien alle betrokken partijen gecommitteerd zijn om snel aan de slag te gaan met het inrichten van zorgcoördinatie, kunnen op korte termijn binnen de huidige vormgevingsmogelijkheden belangrijke stappen worden gezet om zorgcoördinatie als functie in de regio's in te richten.

Voor de structurele situatie op langere termijn onderzoek ik of de zcc's een **zelfstandige zorgaanbieder** kunnen zijn (één van de opties binnen scenario III). Triage is immers een vorm van zorgverlening. Op die manier is helder wie verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorgcoördinatie en wie het overleg voert met de zorgverzekeraars. Bovendien is het delen van patiëntgegevens binnen het zcc wanneer dat een zelfstandige zorgaanbieder is, eenvoudiger dan wanneer slechts sprake is van een informeel samenwerkingsverband. Ik acht het in principe voor de structurele situatie niet voldoende dat een zcc een informeel samenwerkingsverband is van meerdere zorgaanbieders. Een informeel samenwerkingsverband vind ik te vrijblijvend en daarbij is niet helder wie kan worden aangesproken op goede zorgcoördinatie. Alle samenwerkende zorgaanbieders zouden dan zelf afspraken moeten maken met hun verzekeraars over de bekostiging en onderling zouden ze afspraken moeten maken over wie wat betaalt. Dat lijkt mij erg ingewikkeld en onoverzichtelijk. Er moet daarom één partij zijn die formeel verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorgcoördinatie. Daarvoor zijn verschillende modellen denkbaar, waarbij een zelfstandig zorgaanbieder mij voor nu de meest aangewezen vorm lijkt. Ik zal daarnaast ook verkennen of bijvoorbeeld een formeel samenwerkingsverband van meerdere zorgaanbieders in dat kader passend is. Mochten in de aanloopfase nieuwe inzichten worden opgedaan waaruit blijkt dat de vorm van een (in)formeel samenwerkingsverband de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorgcoördinatie goed borgt, dan kan alsnog worden gezien of daarmee kan worden volstaan.

In het advies laten partijen het over aan de regio of fysiek en/of virtueel wordt samengewerkt (p. 14). Ik acht het noodzakelijk dat elk zcc ten minste één **fysieke locatie** per ROAZ-regio heeft, zodat verschillende deelnemende partijen elkaar leren kennen, elkaars deskundigheid gemakkelijk benutten en van elkaar leren. De fysieke locatie is niet een locatie waar patiënten naar toe komen. Het is aan het ROAZ om te bepalen waar de fysieke locatie(s) zich bevinden. Dat kan bij een bestaande zorgaanbieder zijn, bijvoorbeeld een HAP of bij een meldkamer of elders. Dit laat ik over aan de betreffende regio. Aanvullend hierop is **hybride samenwerking** wat mij betreft mogelijk. Er kan dus sprake zijn van een mengvorm van fysieke en digitale samenwerking. Niet iedere deelnemende partij hoeft altijd op een gezamenlijke fysieke locatie aanwezig te zijn. En uiteraard houden we met elkaar goed in beeld welke innovatieve samenwerkingsvormen in de toekomst kunnen ontstaan en welke van die vormen binnen zcc-verband toegepast zouden kunnen worden. Waar toekomstige ontwikkelingen, bijvoorbeeld op gebied van digitalisering, kansen bieden om zorgcoördinatie optimaler te organiseren, moet daarvoor ruimte zijn. Dit vraagt flexibiliteit bij de inrichting van zorgcoördinatie en van de betrokken partijen.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Kenmerk
3574133-1046336-CZ

Conform het advies van partijen (p. 2) ga ik ervan uit dat het zcc (ten minste) in de ANW-uren **open** is voor doorgeschakelde meldingen van patiënten en 24/7 voor zorgverleners.

Inkoop en bekostiging van zorgcoördinatie

In lijn met één van de opties bij scenario III in het advies regelen de twee grootste zorgverzekeraars in de ROAZ-regio in **representatie de zorginkoop** bij het zcc en niet meer bij de afzonderlijke deelnemende zorgaanbieders. Dit is hoe de zorginkoop nu al verloopt bij de ambulancezorg, de huisartsenposten en de acute ggz. Dit voorkomt dat verschillende zorgverzekeraars verschillende eisen gaan stellen aan het zcc.

Ik ga de NZa vragen wat ervoor nodig is om zcc's via een **budgetsystematiek** te bekostigen. Een budgetsystematiek (genoemd in het advies als mogelijkheid bij scenario III) bekostigt de beschikbaarheid, zoals dat nu bijvoorbeeld ook al het geval is voor ambulancezorg, huisartsenposten en de acute ggz. De zorgverzekeraars behouden een belangrijke rol, zij kunnen de inkoop van zorgcoördinatie bezien in samenhang met de inkoop van zorg die het zcc inzet. Aan de toekenning van een budget kunnen voorwaarden worden verbonden, zoals bijvoorbeeld de beschikbaarheid van bepaalde functies, het voldoen aan kwaliteitseisen of de betrokkenheid van zorgaanbieders bij het zcc.

Ik besef dat zo'n systematiek veel uitwerkingsvragen met zich meebrengt, bijvoorbeeld ten aanzien van de wijze waarop het benodigde budget wordt berekend of de wijze waarop bestaande budgetten worden geschoond. Het is daarmee nog niet duidelijk wat de financiële gevolgen kunnen zijn van zorgcoördinatie. Na onderzoek van de NZa en een budgetimpact analyse zal daarover meer duidelijkheid ontstaan. Dubbele bekostiging moet uiteraard worden voorkomen. Ook is het niet de bedoeling dat er een dubbele triage plaatsvindt, het zijn vooral bestaande triagisten die in een ander verband worden ingezet. Het uitgangspunt is dat sprake is van een budgettair neutrale kostenontwikkeling op macroniveau. Bovendien moet zorgcoördinatie worden gerealiseerd binnen de financiële afspraken in het Integraal Zorgakkoord. Op termijn moet een doelmatigere inzet van zowel triagisten als verleners van acute zorg een matigend

effect hebben op de totale kosten van de zorg. Door zorgcoördinatie kan de inzet van dure ambulancezorg of onnodige kosten vanwege verkeerde-bed problematiek in een aantal gevallen worden voorkomen.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

De organisatie van landelijk inzicht in capaciteit en landelijke patiëntenspreiding

Overeenkomstig het advies van partijen moeten de huidige functies van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) – te weten inzicht in capaciteit alsmede patiëntenspreiding bij grootschalige incidenten, rampen of crises – behouden blijven.

Kenmerk
3574133-1046336-CZ

Inzicht in capaciteit moet niet alleen op regionaal niveau – op het niveau van het zcc – maar ook op landelijk niveau geborgd zijn. Er moet daartoe sprake zijn van één **landelijke informatiepositie en één landelijk systeem** (ik denk hierbij aan het LPZ, net als de partijen in het advies) voor inzicht in capaciteit en druk op de zorg. Het is op verschillende niveaus van groot belang om (de informatiestroom ten behoeve van) inzicht in capaciteit zo goed mogelijk te borgen. Ten eerste moet in het zcc altijd inzicht bestaan in de actueel beschikbare zorgcapaciteit van alle afzonderlijke zorgaanbieders in de keten in de regio. Daarnaast moet het ROAZ inzicht hebben in de capaciteit van en de druk op de zorg in de regio, om beleid en afspraken te kunnen maken over de beschikbaarheid van de acute zorg. Voorts is het van belang dat het zcc en het ROAZ, elk op een ander niveau, inzicht hebben in capaciteit en druk op de zorg in aangrenzende regio's met het oog op samenwerking en zorgvragen rondom de regiogrenzen. Ook landelijk is er permanent een beeld nodig van de capaciteit van en de druk op de zorg. Verder moet er landelijk monitoring en analysering van data plaatsvinden, om beleid en afspraken te maken over de beschikbaarheid van acute zorg.

In het advies wordt mij gevraagd het LNAZ de opdracht te geven om, in afstemming met de betrokken partijen, een landelijk domein-overstijgend capaciteitsinformatiesysteem te ontwikkelen, voortbouwend op het LPZ (p. 33). Die doorontwikkeling van het LPZ vind ik erg belangrijk gezien de noodzaak om op verschillende niveaus inzicht te hebben in de capaciteit van de zorg. Inzicht in capaciteit is ook volgens partijen een cruciale randvoorwaarde voor het slagen van zorgcoördinatie. Tijdens de COVID-pandemie is reeds een waardevolle data-infrastructuur opgezet en onderhouden waarop kan worden voortgebouwd. Nu COVID endemisch is geworden bemerk ik een terughoudendheid bij zorgaanbieders om capaciteitsdata aan te leveren. Ik ben daarom met hen in gesprek over het borgen van deze capaciteits- en continuïteitsdata zorgbreed, juist in aanloop naar en aansluiting op zorgcoördinatie.

In aanvulling op het advies zal ik daarnaast bezien of ik tot een **wettelijke verplichting tot aanlevering van capaciteitsdata** door de afzonderlijke zorgaanbieders aan de landelijke instantie kan komen, om het aanleveren van capaciteitsdata te allen tijde te garanderen. Ik besef dat over de aanlevering van capaciteitsdata afspraken zijn gemaakt in het Integraal Zorgakkoord, maar wil de bestuurlijke afspraken graag ondersteunen door een wettelijke plicht, zodat individuele zorgaanbieders daaraan gebonden zijn. Deze verplichting wil ik zo nodig koppelen aan een (wettelijke) verplichting om het LPZ te beheren en door te ontwikkelen (verdiepen en verbreden). Daarnaast denk ik aan een (wettelijke) verplichting om capaciteitsinformatie voor de gehele keten te verzamelen op basis van uniforme definities en om deze informatie op het juiste niveau terug te geven aan de zcc's, met het oog op het coördineren van de zorginzet en aan de ROAZ-en

ten behoeve van het maken van beleid en afspraken over de beschikbaarheid van acute zorg. Hierbij hoort ook de taak om de druk op de zorg te monitoren en de informatie op een geaggregeerd niveau openbaar te maken.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Dit landelijk systeem ten behoeve van inzicht in capaciteit en druk op de zorg moet worden beheerd en doorontwikkeld door een landelijke instantie. Hoe deze instantie moet worden gepositioneerd, zal ik nog bezien. Enerzijds is het van belang dat deze organisatie aansluit op de processen in de zorg. Anderzijds is het voor het inrichten van regie en sturing in de regio en, in tijden van rampen en crises, doorzettingsmacht voor de minister, van belang de informatiepositie toegankelijk voor de minister te organiseren. In de komende tijd zal ik onderzoeken of de landelijke instantie kan voortbouwen op de huidige stichting LPZ en/of het LCPS, of dat hiervoor iets nieuws zal moeten worden ingeregeld. Dit zal ik uiteraard in nauw overleg doen met het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), dat momenteel verantwoordelijk is voor het LPZ en het LCPS, betrokken zorgaanbieders en Zorgverzekeraars Nederland.

Kenmerk
3574133-1046336-CZ

Een andere functie van het LCPS is het coördineren van **landelijke patiëntenspreiding** indien noodzakelijk (bij een grootschalig incident, ramp of crisis). Ik vind het, net als de partijen in het advies, belangrijk dat ook deze functie in stand wordt gehouden en aansluit bij de ontwikkeling van zcc's. Patiëntenspreiding in situaties van zeer grote druk op de zorg op regionale schaal is onderdeel van het werkpakket van een zcc. In bepaalde situaties van grootschalige incidenten, rampen of crises kan het noodzakelijk zijn om bovenregionaal of zelfs landelijk of internationaal te spreiden. Het is belangrijk dat er concrete afspraken zijn over wanneer en door wie wordt overgegaan op patiëntenspreiding en op welke patiënten dit betrekking kan hebben, op basis van vastgelegde normen. Dit zal door VWS, in overleg met de betrokken veldpartijen, de komende periode verder worden uitgewerkt, in het verlengde van de keuzes die met betrekking tot de landelijke informatiepositie worden gemaakt.

Vooralsnog zijn deze landelijke functies gepositioneerd bij het LCPS en daarmee het LNAZ. Met ingang van 1 juli 2023 is de bekostiging van deze functies geregeld via de beschikbaarheidsbijdrage aan de traumacentra. Hiermee zijn deze functies ook gedurende de implementatiefase van zorgcoördinatie bekostigd. Als de positionering van de landelijke informatiefunctie en/of landelijke patiëntenspreiding wijzigt, zal dat ook gevolgen hebben voor de bekostiging. In het kader van pandemische paraatheid zijn voor de functies van het LCPS middelen beschikbaar.

De implementatie van zorgcoördinatie

Partijen geven in het advies (p. 34) aan dat zij in de ROAZ-plannen die in de tweede helft van 2023 worden opgesteld op basis van landelijke kaders afspraken maken om tot zorgcoördinatie te komen. Ik zal partijen en ROAZ-en ook aanspreken op het maken van deze afspraken. Daarnaast verken ik of en hoe de governance van het ROAZ kan worden verbeterd en is de NVZ voornemens een voorstel te doen voor de governance van de landelijke vertegenwoordiging van de ROAZ-en. Deze brief biedt de landelijke kaders voor zorgcoördinatie. Binnen dit landelijke kader worden tevens afspraken gemaakt met de betrokken zorg- en meldkamerpartijen over de eenduidige aansluiting tussen zcc's en meldkamers.

De partijen hebben daarnaast in hun advies aangegeven in 2024 van start te willen gaan met de implementatie van zorgcoördinatie om in 2025 tot een landsdekkend netwerk van zcc's te komen (p. 2). Stapsgewijs zal ik de acties oppakken die nodig zijn om tot landsdekkende zorgcoördinatie te komen. Het is van groot belang dat regio's niet wachten totdat alle acties afgerond zijn, maar dat zij zo snel mogelijk aan de slag gaan met het implementeren van (onderdelen van) zorgcoördinatie voor zover dat nu al mogelijk is, zodat er al dit jaar de eerste stappen kunnen worden gezet op dit gebied. Uit de pilots zorgcoördinatie blijkt immers dat er al veel mogelijk en gaande is in de praktijk. Het doel hierbij is dat er met ingang van 1 januari 2025 in alle ROAZ-regio's sprake is van regio dekkende zorgcoördinatie. Starten met implementatie moet plaatsvinden binnen de bestaande stelselafspraken, bekostigingssystematiek en wet- en regelgeving. Daar waar er (vooralsnog) wettelijke belemmeringen zouden blijken te zijn, kan worden gezien of er experimenteerruimte mogelijk is.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Kenmerk
3574133-1046336-CZ

Ik zal het tot stand komen van zorgcoördinatie vanuit VWS stimuleren door bij VWS een projectorganisatie in te richten om de landelijke randvoorwaarden voor zorgcoördinatie te scheppen, om het tot stand komen van zorgcoördinatie in de ROAZ-regio's te ondersteunen en de effecten van zorgcoördinatie onder andere op de kwaliteit van de zorg te monitoren en te evalueren. Ik realiseer me dat er heel wat moet gebeuren om de veranderopgaven die de partijen in hun advies noemen, op te pakken. In deze brief is een aantal zaken nog niet aan de orde gekomen, zoals het inrichten van werkprocessen, het beleggen van de medische verantwoordelijkheid, beleid met betrekking tot personeel, competenties en opleiding, het delen van patiëntgegevens en technische infrastructuur. Uiteraard zal ik partijen in de zorg en in de regio's betrekken en ondersteunen bij de implementatie van zorgcoördinatie. Gedurende de looptijd van de implementatie zal ik zorgen dat in ieder geval de partijen die het advies hebben aangeboden, periodiek hun ervaringen kunnen inbrengen. Voor een belangrijk deel zijn zij aan zet om van zorgcoördinatie een succes te maken. Ik reken op hun medewerking daaraan.

In deze brief heb ik mijn uitgangspunten voor zorgcoördinatie geschetst. Ik ga ervan uit dat deze leidend zijn voor de inrichting van zorgcoördinatie in de regio's. Ik zal nog moeten bezien in hoeverre ik deze uitgangspunten moet en kan inbedden in wet- en regelgeving. Ook kan het zo zijn dat er bij de implementatie concrete inzichten worden opgedaan op basis waarvan de doelen van zorgcoördinatie op een andere wijze beter kunnen worden bereikt; zorgcoördinatie is immers een middel en geen doel. In dat geval sta ik open voor een gesprek daarover.

Dat neemt niet weg dat ik het nu tijd vind om, na een periode van verschillende pilots, meer richting aan te brengen in het concept van zorgcoördinatie en door te pakken. Zorgcoördinatie is een manier om alle bestaande zorgcapaciteit, juist ook in de dunner bevolkte regio's, zo goed mogelijk te ontsluiten en te benutten. Natuurlijk moeten we met z'n allen voorkomen dat zorgcoördinatie complicerend werkt of meer geld en menskracht gaat kosten. Ik verwacht niet dat dat het geval is, maar ik ga uiteraard de effecten van zorgcoördinatie op landelijk niveau monitoren. Zoals ik al aangaf verwacht ik van de zcc's dat zij voortdurend de kwaliteit van hun zorg en de inzet van menskracht in de gaten houden en verbeteren. Het is aan de ROAZ-en om de ontwikkelingen in de regio te volgen en

in de ROAZ-plannen de inzet van zorgcoördinatie in de regio steeds te optimaliseren. Ik ga ervan uit dat dit binnen de landelijke kaders kan. Als daar gaandeweg knelpunten blijken te zitten, ga ik daarover het gesprek aan met veldpartijen.

In het najaar zal ik u nader informeren over de stand van zaken met betrekking tot de verdere uitwerking van mijn ambities met betrekking tot zorgcoördinatie.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team A

Kenmerk
3574133-1046336-CZ

12 - 5 - 23



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Aan
CC

Minister VWS
Minister LZS

Deadline: 11 mei 2023

TER BESLISSING

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team A

Opgesteld door



Datum

12 april 2023

Kenmerk

3574276-1046336-CZ

Bijlage(n)

1

nota

Kamerbrief zorgcoördinatie

1. Aanleiding

In uw brief aan de Tweede Kamer van 4 april jl. hebt u aangegeven dat u hoopt vóór het mei-reces een concreet totaal beeld van zorgcoördinatie te presenteren.

2. Geadviseerd besluit

Wilt u de bijgevoegde brief aan de Tweede Kamer ondertekenen?

3. Kernpunten

Op 28 maart jl. heeft een bestuurlijk overleg onder leiding van de DGCZ plaatsgevonden met zorgaanbieders en zorgverzekeraars naar aanleiding van hun advies over zorgcoördinatie. Partijen hebben toen aangegeven dat ze niet op alle punten overeenstemming konden bereiken, dat ze wel verder willen met zorgcoördinatie en dat de minister knopen mag doorhakken en een stip zetten op de horizon. Op 3 april jl. hebben wij met u gesproken over uw reactie op het advies over zorgcoördinatie. Op 12 april jl. hebt u uw lijn besproken met veldpartijen en aangegeven hoe u vindt dat zorgcoördinatie eruit moet gaan zien. Partijen hebben vervolgens de kans gekregen alsnog inbreng te leveren en vragen te stellen waarbij u hebt aangegeven dat uw hoofdlijn overeind blijft. Met een enkele partij is nog contact geweest over specifieke punten. Ook is de brief besproken met de minister voor Langdurige Zorg en Sport.

Uw lijn staat in de bijgevoegde brief aan de Tweede Kamer.

4. Toelichting

a. Draagvlak politiek

Bij ons is vanuit de Tweede Kamer geen weerstand tegen zorgcoördinatie bekend.

b. Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

Het advies over zorgcoördinatie is opgesteld door ZN, LNAZ, AZN, InEen en Actiz en mede ondertekend door de Nederlandse ggz, de Patiëntenfederatie en de NVZ. De NFU en de LHV onderschrijven de richting van het advies.

Na het overleg met partijen van 12 april zijn er verschillende reacties binnen gekomen. Enkele hoofdpunten uit de reacties:

- ZN maakt zich met name bezorgd over de reikwijdte van patiëntenspreiding (welke patiënten, wanneer). Dit gaat u nog uitwerken.



M.b.t. schaalgrootte, governance en bekostiging kiest u voor scenario III uit het advies. In het advies kiest ZN voor scenario I (samenwerkingsverband, geen nieuwe bekostiging). ZN stelt vragen bij scenario III. ZN heeft u een brief gestuurd met hun zorgen met daarbij een juridische analyse, uitwerkingsvragen en tekstvoorstellen bij de toelichtende passages die aan partijen zijn voorgelegd. ZN vindt dat uw voorgenomen besluit veel verder gaat dan het advies en onaanvaardbaar en onhaalbaar is. Deze redenering lijkt gebaseerd op de veronderstelling dat het zcc kan sturen op volume (en spreiding) wat de regisseursrol en de zorgplicht van zorgverzekeraars zou ondermijnen. Ze noemen het een aanzienlijke stelselverschuiving, terwijl het zcc gaat doen wat HAP's en meldkamercentralisten nu ook al doen, nl. een patiënt verwijzen of brengen naar een zorgverlener. Patiëntenspreiding perken wij juist in t.o.v. het advies (niet bij "schaarste", maar alleen bij grootschalige incidenten, rampen of crises). Ook zien ze mededingingsrisico's. We zijn ons er van bewust dat wellicht wetgeving nodig is om deze risico's af te dekken. In algemene zin benoemen we hoe we een en ander inbedden in wet- en regelgeving. We bekijken in hoeverre de gekozen richting ingrijpt op het zorgstelsel en de huidige wet- en regelgeving. We hebben met ZN over hun zorgen gesproken en die zijn geadresseerd in de brief, gegeven de keuze voor scenario III.

- De NVZ pleit voor een budget impact analyse en stelt vragen over het vervullen van "randvoorwaarden" (budgetbekostiging, gegevensuitwisseling) in relatie tot het realiseren van zorgcoördinatie. U geeft in de brief aan dat er ook nu al veel kan en gebeurt in de praktijk. Voorts stelt de NVZ vragen over de governance van het ROAZ en van LNAZ. Hierover zijn in het IZA afspraken gemaakt.
- AZN wil het afhandelen van levensbedreigende zorgvragen koppelen aan de centralist van de RAV (dus ongeacht waar die zit).
- DNggz geeft aan dat capaciteitsinformatie voor de acute ggz een langere doorlooptijd zal hebben (na 2025) en meldt de regionale regie op inzet van capaciteit, de ggz-triage en de beoordeling voor acute ggz niet over te willen dragen van de huidige 28 regievoerders aan de zcc's. De ggz-triagist is alleen beschikbaar voor consultatie en advies. Alleen in regio's met een grote toestroom kan het volgens dNggz interessant en lonend zijn aan het sluiten in een zcc. U maakt biedt in de brief enige ruimte voor het al dan niet aansluiten van ggz-triagisten en maakt een fasering mogelijk waar het gaat om inzicht in capaciteit.
- Actiz zou graag een grotere rol voor zorgverzekeraars vastgelegd zien en plaatst kanttekeningen bij de mogelijkheid om inzicht in capaciteit te bieden van acute wijkverpleging en ELV omdat ook de beschikbaarheid van (verschillend opgeleid) personeel van belang is. Dit is echter in andere zorgsectoren niet anders. Actiz acht geriatrische revalidatiezorg geen acute zorg, waardoor daarvoor geen inzicht in capaciteit hoeft te worden geboden. Om voor patiënten een beter passende plek dan het ziekenhuis te vinden en verkeerde bedden problematiek in het ziekenhuis te verminderen is inzicht in capaciteit van geriatrische revalidatiezorg wel van belang.
- De DGCZ heeft met LNAZ gesproken. Naar aanleiding van dat gesprek is de tekst over de toekomstige positionering van het LPZ verduidelijkt.
- InEen had geen opmerkingen en heeft afgestemd met LHV.

Datum

12 april 2023

Kenmerk

3574276-1046336-CZ



c. Financiële en personele gevolgen

Conform het advies (p. 26) wordt uitgegaan van budgettaire neutraliteit. Dit staat ook zo in de brief.

Datum

12 april 2023

Kenmerk

3574276-1046336-CZ

d. Juridische aspecten haalbaarheid

In de brief staat dat u zult bezien of u tot een wettelijke verplichting tot aanlevering van capaciteitsdata door afzonderlijke zorgaanbieders aan een landelijke instantie kunt komen. Er staat ook dat u nagaat in hoeverre u de uitgangspunten voor zorgcoördinatie moet en kan inbedden in wet- en regelgeving.

e. Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

Er heeft afstemming plaats gevonden met WJZ, PDCZ, PZo, Z, FEZ, IGJ, NZa, J&V en IRF.

f. Gevolgen administratieve lasten

N.v.t.

g. Toezeggingen

Met deze brief doet u de toezegging uit uw brief van 4 april jl. af dat u met een concreet totaal beeld voor zorgcoördinatie zult komen. In de bijgevoegde brief zegt u toe de Tweede Kamer in het najaar te informeren over de stand van zaken met betrekking tot de implementatie van zorgcoördinatie.

h. Fraudetoets

N.v.t.

5. Informatie die niet openbaar gemaakt kan worden

Tot personen herleidbare gegevens zijn onleesbaar gemaakt vanwege de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.



Brabant Midden-West-Noord

AB 23.004

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 5 juli 2023

Onderwerp Managementletter accountant 2022

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB In september en oktober 2022 voerde onze externe accountant Verstegen ter voorbereiding op de jaarrekeningcontrole een tussentijdse evaluatie uit van de belangrijkste interne beheersingsmaatregelen. Deze controle is primair gericht op de analyse en evaluatie van de beheersingsomgeving en de daarin opgenomen maatregelen van interne controle. De interim-controle richt zich alleen op de controleomgeving die relevant is voor de jaarrekening.

Samenvattend stelt de accountant dat de interne beheersing voldoende op orde is. Bij alle onderzochte processen is sprake van een toereikende interne beheersing. Wel doet de accountant aanbevelingen ter verbetering van de interne beheersing.

In zijn rapport (bijlage a) maakt Verstegen onderscheid tussen adviespunten ter verbetering van de interne beheersing en actiepunten voor de jaarrekening. Ten aanzien van de actiepunten is opvolging vóór aanvang van de jaarrekeningcontrole noodzakelijk.

We werkten de bevindingen in de managementletter uit in een plan van aanpak (bijlage b).

Het belangrijkste aandachtspunten is dat de rechtmatigheidsverantwoording door het dagelijks bestuur onderdeel wordt van de jaarrekening en daardoor moeten een aantal acties ondernomen worden

Kon document AB23004a Managementletter 2022 RAV Brabant MWN.pdf niet opnemen in de bundel

Beslispunten Ter informatie

Gevolgen voor de gemeenten Geen

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen a. Managementletter 2022
b. Plan van aanpak

PLAN VAN AANPAK MANAGEMENTLETTER 2022

Actiepunten van de accountant voor de jaarrekening

Onderdeel	Opmerking accountant	Reactie RAV	Actiehouder
5.4. Aanbestedingen - aanbestedingen onder de EU-grens	De naleving van de nationale aanbestedingswetgeving dient getoetst te worden bij het uitvoeren van verbijzonderde interne controle op de kosten. Eventuele afwijkingen moeten in het accountantsverslag gerapporteerd worden.	We focussen ons in eerste instantie op de Europese aanbestedingen, aangezien die steeds meer in Control komt zal ook de naleving van de nationale aanbestedingswetgeving meer nauwgezet getoetst gaan worden bij de uitvoering van de kostencontrole.	Controller
6.2 inzicht in ICT-landschap en beheersingsmaatregelen	De accountant wil inzicht in de (bijgewerkte) architectuurplaat dat in ontwikkeling is in LeanIX en de beoordeling van de RAV met betrekking tot de jaarlijkse uitgevoerde IT audit rapportages bij de belangrijkste applicaties.	Dit zal door de RAV opgepakt worden om dit inzichtelijk te krijgen voor de accountant. Inmiddels is dit al aangeleverd aan de accountant.	Controller

Adviespunt van de accountant ter verbetering van de interne beheersing:

Onderdeel	Opmerking accountant	Reactie RAV	Actiehouder
3.3 Rechtmatigheidsverantwoordin g	De rechtmatigheidsverklaring moet vanaf de jaarrekening 2023 worden opgenomen in de jaarrekening. De accountant benoemt een 2-tal stellige uitspraken uit de Kadernota rechtmatigheid 2022 van de commissie BBV en onderstreept het belang van goede afspraken over begrotingskaders.	De nulmeting van 2022, de definitieve inwerkingtreding per jaarrekening 2023 en de adviezen van de accountant geven onze duidelijke handvatten om ons verder voor te bereiden op de rechtmatigheidsverantwoording. Als gevolg van deze nieuwe wetgeving zullen een aantal financiële verordeningen (waaronder controleprotocol en controleverantwoording) moeten worden geactualiseerd. Dit wordt in het AB van 5 juli 2023 aan het bestuur voorgelegd.	Controller
4.3 Risicomanagement	Bij de risicoparagraaf zijn er nog ontwikkelpunten. Het proces van het stand komen zou beter beschreven kunnen worden. De beheersmaatregelen moeten concreter benoemd worden. Verder moeten de ontwikkelingen sinds de vorige rapportage beter toegelicht worden.	Wij zullen zijn adviezen voor verdere doorontwikkeling ter harte nemen bij opstellen van de begroting 2024.	Controller
4.4 Frauderisicoanalyse	De accountant heeft een aantal observaties bij de frauderisicoanalyse: * naast kans en financiële impact, ook maatschappelijke impact toevoegen; * onderscheid maken tussen bruto en netto risico en overeenstemming met AB of dit restrisico acceptabel is of aanvullende beheersmaatregelen behoeft; * periodiek testen van onderkende beheersmaatregelen; * opstellen van een fraude-stappenplan voor als een fraude zich onverhoopt voordoet.	Wij beraden ons nog op deze adviezen en waar mogelijk zullen wij de adviezen ter harte nemen bij de actualisatie van ons frauderisicoanalyse 2023.	Controller
5.1 Verbijzonderde interne controle	Er kan er nog niet gesproken worden over een volwaardige verbijzonderde interne controle functie. Hiervoor moet nog een aantal stappen gezet worden: * VIC moet per proces een zichtbare risicoanalyse uitvoeren en hierbij relevante risico's onderkennen; * VIC moet procesbeschrijvingen eigen maken, deze jaarlijks actualiseren en implementatie aantonen middels lijncontroles; * VIC moet bij nieuwe processen zelf de IB in kaart brengen om risico's te identificeren; * Interne beheersmaatregelen waarop de VIC zou moeten toetsen zijn niet bepaald en niet (zichtbaar) getoetst; * In bijvoorbeeld werkprogramma zichtbaar maken dat alle geïdentificeerde risico's worden getoetst f. Opstellen toetsingskader rechtmatigheid	Wij zullen dit bespreken in het portefeuillehoudersoverleg met HSC omdat dit adviespunt vraagt om een structurele uitbreiding van de rol van afdeling AO/IC: processen in kaart brengen, relevante risico's onderkennen, jaarlijks actualiseren procesbeschrijvingen, toetsen risico's en opstellen kader rechtmatigheid. Ook in het licht van de rechtmatigheidsverantwoording die per 2023 wordt ingevoerd.	Portefeuillehouders overleg HSC
5.2 Procesbeschrijvingen	Verstegen adviseert om procesbeschrijvingen jaarlijks te actualiseren. Daarnaast geeft Verstegen in overweging om de volgende aspecten mee te nemen in procesbeschrijvingen: * Vervanging bij ziekte / verlof; * Hoe bewaking op naleving procedure geborgd is; * Hoe vaak afwijkingen blijken en hoe daarmee wordt omgegaan; * Of er afwijkende (spoed)procedures zijn. * Of de procedure gedurende het jaar is aangepast	Wij zullen deze aanbeveling meenemen bij het inregelen van de werkzaamheden rondom het opstellen en actualiseren van beschrijvingen van de AO/IB van processen (zie ook de toelichting onder punt 5.1).	Portefeuillehouders overleg HSC
5.3 Normen- en toetsingskader	Voor de jaarrekeningcontrole 2023 het Controleprotocol en normenkader aan te passen op de wetswijziging inzake de rechtmatigheidsverantwoording. Bovendien hierbij een toetsingskader op te stellen en te bewaken dat hierin alle relevante wet- en regelgeving wordt meegenomen.	Naast de rechtmatigheidsverantwoording zal er een check plaatsvinden op overige wijzigingen in de interne en externe regelgeving in 2022 en de doorwerking op het normenkader. Wijzigingen in het controleprotocol zullen tijdig met Verstegen worden afgestemd vóór de start van de jaarrekeningcontrole 2023 en door het algemeen bestuur worden vastgesteld. Zie ook de toelichting onder 3.3.	Controller
5.6 Opbrengsten	De accountant adviseert om de volledigheidcontroles van opbrengsten ook te betrekken binnen de jaarlijkse VIC werkzaamheden.	Dit adviespunt hangt samen met het ambitieniveau en de positionering van team AO/IC, zie 5.1.	Manager HSC



Brabant Midden-West-Noord

AB 23.005

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 5 juli 2023

Onderwerp Jaarstukken 2022

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Hierbij ontvangt u de jaarstukken 2022 van de RAV Brabant MWN. De jaarstukken zijn goedgekeurd door de accountant en voorzien van een goedkeurende controleverklaring voor zowel getrouwheid als rechtmatigheid.

Het voorlopig exploitatieresultaat komt uit op een positief saldo van € 221.000 ten opzichte van een begroot positief resultaat van € 172.000. De belangrijkste afwijkingen zijn hieronder beschreven.

RAV Midden- en West-Brabant

Er werd in 2022 een positief resultaat behaald van € 2.000, terwijl er een positief resultaat van € 131.000 was begroot. Dit negatieve verschil wordt grotendeels veroorzaakt doordat de Nza-baten lager zijn dan begroot, met name doordat er minder paraatheid is geleverd en er minder budget is voor initiële opleidingen. Verder zijn er hogere overige bedrijfskosten onder andere vanwege gestegen kosten van het wagenpark, met name door hogere brandstofkosten in verband met de prijsstijgingen en tevens is er een hogere dotatie aan de voorziening PLB uren/tijdsparregeling. Daarentegen waren er hogere overige opbrengsten vanwege hogere FLO-subsidie, omdat er in 2022 extra subsidie kwam voor de afkoop van de VOP-regeling, hier tegenover staan wel hogere FLO-lasten. Verder zijn er lagere overige personeelskosten dan begroot, vanwege minder opleidingskosten en er zijn minder

salariskosten/inhuur derden dan begroot, vanwege minder formatie dan begroot.

RAV Brabant-Noord

Er werd in 2022 een positief resultaat behaald van € 179.000 terwijl er een positief resultaat van € 41.000 was begroot. Dit positieve verschil wordt grotendeels veroorzaakt door hogere overige opbrengsten vanwege hogere FLO-subsidie, omdat er in 2022 extra subsidie kwam voor de afkoop van de VOP-regeling, hier tegenover staan wel hogere FLO-lasten. Verder zijn er lagere overige personeelskosten dan begroot, vanwege minder opleidingskosten en tevens , er zijn lagere overige bedrijfskosten onder andere vanwege minder kosten COVID-19. Tevens zijn er lagere kapitaallasten doordat de aanschaf van kleding is uitgesteld. Daarentegen waren de NzA-baten lager dan begroot, met name doordat er minder paraatheid is geleverd.

MKA Brabant Noord

Er is in 2022 een negatief resultaat behaald van € 5.000 terwijl er een kostendekkend resultaat van € 0 was begroot. Dit betreffen maar minimale afwijkingen.

MKA Midden- en West-Brabant

Er is in 2022 een positief resultaat geboekt van € 45.000 terwijl er een kostendekkend resultaat van € 0 was begroot. Dit positieve verschil wordt voornamelijk veroorzaakt door meer NzA-budget voor initiële opleidingen. Daarnaast was er hogere inhuur van personeel, dat nodig was ter vervanging in verband met ziekte en omdat er een lagere vaste formatie was dan begroot.

Het voorstel is om het positieve resultaat van € 220.797 als volgt te bestemmen:

- ten gunste van de Reserve Aanvaardbare Kosten € 226.247 vanuit de MKA Midden- en West-Brabant, RAV Midden en West Brabant en de RAV Brabant Noord;
- ten laste van de Reserve Aanvaardbare Kosten € 5.450 vanuit de MKA Brabant Noord.

Kon document AB23005a Accountantsverslag 2022 (RAV).pdf niet opnemen in de bundel

- Beslispunten**
- Vaststellen van de jaarstukken 2022
 - Bestemmen van het positieve resultaat conform bovenstaand voorstel

Gevolgen voor de gemeenten Geen

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen - Jaarstukken 2022 (reeds op 14 april aan de Raden verstuurd)
- Accountantsverslag 2022



Brabant Midden-West-Noord

AB 23.005b

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 5 juli 2023
Onderwerp Klassenindeling WNT 2023
Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Jaarlijks moet de klassenindeling Regeling bezoldigingsmaxima voor topfunctionarissen worden vastgesteld. De systematiek blijft hetzelfde, alleen de bedragen worden jaarlijks geïndexeerd. De klassenindeling in 2023 komt uit op klasse III, met een bezoldigingsmaximum van € 182.000. Dit zal in de jaarrekening 2023 toegepast worden.

Beslispunten Vaststellen door het AB RAV van klasse III in het kader van de klasseindeling regeling bezoldigingsmaxima voor topfunctionarissen, voor het jaar 2023

Gevolgen voor de gemeenten n.v.t.

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen 1. Klassenindeling Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen Zorg en Jeugdhulp 2023

Klassenindeling regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen Zorg en Jeugdhulp 2023

Naam instelling: RAV Brabant Midden West - Noord
 Totaal aantal punten: 9
 Bijbehorende klasse: III

1. Kennisintensiteit --> in te vullen aan de hand van tabblad 2		punten
<input type="checkbox"/>	Opleidingsniveau middelbaar beroepsonderwijs	2
<input checked="" type="checkbox"/>	Opleidingsniveau hoger beroepsonderwijs	3
<input type="checkbox"/>	Opleidingsniveau academisch onderwijs	4
<input type="checkbox"/>	Overwegend academisch-plus niveau	5

2. Aantal taken		Punten
<input checked="" type="checkbox"/>	Alleen Zorg en/of jeugdhulp	1
<input type="checkbox"/>	Zorg en/of jeugdhulp en geneeskundige vervolgoedingen als bedoeld in onderdeel B, eerste lid, van de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG, in ten minste één van de drie kalenderjaren voorafgaande aan het jaar waarin de beoordeling plaatsvindt	2

3. Aantal relevante financieringsbronnen --> in te vullen aan de hand van tabblad 3		Punten
<input checked="" type="checkbox"/>	1 of 2 financieringsbronnen	2
<input type="checkbox"/>	3 tot en met 6 financieringsbronnen	3

4. Omvang		Punten
<input type="checkbox"/>	a. minder dan 10 miljoen euro	1
<input type="checkbox"/>	b. tussen 10 en 50 miljoen euro	2
<input checked="" type="checkbox"/>	c. tussen 50 en 150 miljoen euro	3
<input type="checkbox"/>	d. tussen 150 en 300 miljoen euro	4
<input type="checkbox"/>	f. meer dan 300 miljoen euro	5

Totaal aantal punten	Klasse	Bezoldigingsmaximum
6-7	I	€ 116.000
8	II	€ 141.000
9	III	€ 182.000
10-11	IV	€ 193.000
12-15	V	€ 209.000



Brabant Midden-West-Noord

AB 23.006

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 5 juli 2023

Onderwerp Begrotingswijziging 2023

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Hierbij bieden wij u een geactualiseerde, budgetneutrale en kostendekkende begrotingswijziging 2023 aan, die gebaseerd is op de werkbegroting 2023. Omdat zij niet leidt tot een hogere gemeentelijke bijdrage, is het niet verplicht om haar aan te bieden aan de Raden voor het geven van een zienswijze. Tevens is opgenomen een geactualiseerd overzicht van de geplande investeringen in 2023.

Beslispunten Vaststellen van de begrotingswijziging 2023

Gevolgen voor de gemeenten Geen

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen Begrotingswijziging 2023 en overzicht geplande investeringen 2023

Begroting 2023 na wijziging

(x € 1.000)

	Begroting 2023	Begroting na wijzigingen 2023	Vershil
	€	€	€
Bedrijfsopbrengsten			
Opbrengsten uit tarieven	75.632	81.992	6.360
Mutatie financieringsoverschot / tekort	-	-	-
Wettelijke budget aanvaardbare kosten	75.632	81.992	6.360
overige opbrengsten	3.881	4.122	241
Som der bedrijfsopbrengsten	79.513	86.114	6.601
Bedrijfslasten			
Salarissen en sociale lasten	53.970	57.920	3.950
FLO-kosten/regeling bezwarende beroepen	2.980	3.424	444
Personeel derden	2.419	3.340	921
Overige personeelskosten	3.625	3.519	-106
Kapitaallasten	3.443	3.613	170
Huisvestingskosten	2.120	2.379	259
Doorbelasting Het Service Centrum	1.710	1.660	-50
Toevoeging voorzieningen	330	315	-15
Overige bedrijfskosten	8.824	9.944	1.120
Som der bedrijfslasten	79.421	86.114	6.693
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	92	-	-92
Buitengewone baten	-	-	-
Buitengewone lasten	-	-	-
Buitengewoon resultaat	-	-	-
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	92	-	-92
Mutatie algemene reserve (resultaat deelnemingen)	-	-	-
Incidentele baten (mutatie reserve onderhoud pa	92	-	-92
Incidentele lasten	-	-	-
Structurele begrotingsruimte	-	-	-

Hieronder staan in het kort de belangrijkste verschillen tussen de begroting 2023 en de begroting 2023 na wijziging:

Baten

De opbrengsten uit tarieven zijn met € 6.360.000 gestegen ten opzichte van de begroting 2023. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat er vanuit NZa meer S&B middelen zijn (spreiding en beschikbaarheid personeel), vanwege een hogere prijsindex van 9,29% en loonindex van 2,29% (€ 2.160.000) en extra budget voor paraatheiduitbreidingen (€ 2.369.000). Er is meer budget voor de overige loonkosten (1.297.000). Verder zijn er meer NZa baten ter dekking van de gestegen

productiekosten vanwege meer ritten/km (€ 948.000) en voor uitbreiding van het wagenpark (€ 397.000). Daarentegen is er minder budget vanuit de vrije marge regeling (- € 742.000) Het overige (€-69.000) wordt door diverse kleine posten veroorzaakt.

De overige opbrengsten zijn met € 241.000 gestegen ten opzichte van de begroting 2023. Dit wordt met name veroorzaakt door stijging van het budget vanuit VWS ten behoeve van de FLO kosten, die in 2023 stijgen.

Lasten

De kosten van salarissen en sociale lasten zijn met € 3.950.000 gestegen ten opzichte van de begroting 2023. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat er meer ambulancepersoneel in dienst komt (€1.665.000) om de paraatheid op peil te houden en te brengen, vanwege meer paraatheiduitbreidingen. Daarnaast is er een hogere loonindex, dan waar in de begroting 2023 rekening mee gehouden was (€ 1.358.000). Verder zijn er hogere kosten bij het overwerk en de onregelmatigheidstoelage verwacht (€ 1.038.000) en zijn er lagere kosten vanwege een hogere te verwachten ziekte uitkering (- € 116.000). Het overige (€ 5.000) wordt door diverse kleine posten veroorzaakt.

De FLO-kosten/regeling bezwarende beroepen zijn gestegen met € 444.000 t.o.v. de begroting 2023 vanwege een snellere uitstroom van medewerkers, die gebruik maken van de regeling bezwarende beroepen. Hier staan extra inkomsten tegenover vanuit het ministerie van VWS (zie de stijging bij de overige opbrengsten).

De kosten van personeel derden nemen toe met € 921.000 ten opzichte van de begroting 2023. Er zijn meer uitzendkrachten nodig, om de paraatheid op orde te houden en op peil te brengen. De verwachting is dat er steeds meer ambulance personeel kan worden geworven, maar die moeten eerst nog langdurig in opleiding, zodat ze de paraatheid niet meteen kunnen versterken.

De overige personeelskosten zijn met € 106.000 gedaald ten opzichte van de begroting 2023. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door lagere opleidingskosten en met name de initiële scholing. De initiële scholing wordt voortaan meer intern verzorgd, waardoor de externe kosten veel lager worden. Verder wordt er een stijging verwacht van reiskosten van personeel, werving van nieuwe medewerkers en Arbokosten.

De kapitaallasten stijgen met € 170.000 ten opzichte van de begroting 2023, voornamelijk vanwege hogere afschrijvingskosten van het wagenpark. Er worden meer wagens vervangen en er vinden uitbreidingen van het wagenpark plaats.

De huisvestingskosten nemen toe met € 259.000 ten opzichte van de begroting 2023. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door hogere huurlasten, met name uitbreidingen van de panden in Tilburg, Wagenberg, Wijk en Aalburg en Den Bosch en sterke prijsstijgingen. Verder stijgen de lasten van energie, schoonmaak en onderhoud van de gebouwen.

De *overige bedrijfskosten* zijn met € 1.120.000 toegenomen ten opzichte van de begroting 2023. Dit wordt veroorzaakt door hogere kosten van het wagenpark, vanwege flinke stijging van de brandstofprijzen, meer gereden km en een toename van de onderhoudskosten (€ 612.000). Verder zijn er meer kosten voor medische verbruiksmaterialen (432.000). Het overige (€ 76.000) wordt veroorzaakt door diverse kleine posten.

Resultaat

Het begrote resultaat 2023 van de RAV Brabant Midden-West-Noord komt uit op een sluitende structurele begroting.

Investerings

Investeringsbegroting	* € 1.000	
	Begroting 2023	Begroting 2023 na wijzigingen
Gebouwen / verbouwingen/bedrijfsinstallaties	-	222
Opleidingsmateriaal/automatisering	50	772
(Medisch) inventaris	100	355
Kleding	-	1.000
Wagenpark	2.830	6.772
Totaal investeringsbegroting RAV MWN	2.980	9.121

De afwijking bij gebouwen wordt onder meer veroorzaakt door investeringen in duurzaamheid van het pand. Opleidingsmateriaal/automatisering was bij de begroting te laag ingeschat, er worden meer poppen aangeschaft en diverse ICT investeringen. De toename van het medisch inventaris wordt veroorzaakt door het extra benodigde medisch inventaris vanwege de uitbreiding van het wagenpark.

Bij de begroting 2023 was er rekening mee gehouden dat de kleding al in 2022 geïnvesteerd zou worden. Dit is uitgesteld naar 2023, dit verklaart de toename bij de begroting 2023 na wijziging van de investering in kleding. De hogere investeringen in het wagenpark wordt veroorzaakt door de vervanging van 10 rapid voertuigen, flinke uitbreidingen van de ambulancewagens en extra vervangingen van de reguliere ambulancewagens.

Staat van baten en lasten

(in duizenden euro's)

	Begroting 2023			Begroting na wijziging 2023		
	Lasten	Baten	Saldo	Lasten	Baten	Saldo
Ambulancezorg						
a) MKA Brabant Noord	1.879	1.972	93	2.160	2.204	44
a) MKA M.W. Brabant	2.702	2.865	163	3.082	3.379	297
b) RAV Brabant Noord	22.935	26.286	3.351	24.715	28.309	3.594
c) RAV M. W. Brabant	42.152	48.297	6.145	45.870	52.221	6.351
Subtotaal Programma	69.668	79.420	9.752	75.827	86.113	10.286
Overhead	9.752	-	-9.752	10.286	-	-10.286
Mutatie reserves	-	92	92	-	-	-
Totaal resultaat	79.420	79.512	92	86.113	86.113	-

Begroting 2022 naar taakvelden

(in duizenden euro's)

	Begroting 2023		Begroting na wijziging 2023	
	Lasten	Baten	Lasten	Baten
0.1 Bestuur	82	0	55	0
0.10 Mutatie reserves	0	92	0	0
0.11 Resultaat van de rekening van baten en lasten	92	0	0	0
0.4 Overhead	9.752	0	10.286	0
0.5 Treasury	123	0	116	0
7.1 Volksgezondheid/Ambulancezorg	69.463	79.420	75.656	86.113
Totaal resultaat	79.512	79.512	86.113	86.113

Exploitatierkening per afdeling

	MKA BN 2023	MKA MWB 2023	RAV BN 2023	RAV MWB 2023	Totaal begr na wijz RAV 2023	Totaal begr RAV 2023
	€	€	€	€	€	€
Bedrijfsopbrengsten						
Opbrengsten uit tarieven	2.190	3.365	27.096	49.342	81.992	75.632
Mutatie financieringsoverschot/tekort	0	0	0	0	0	
Wettelijk budget aanvaardb. kosten	2.190	3.365	27.096	49.342	81.992	75.632
Overige opbrengsten	14	14	1.213	2.880	4.122	3.881
Som der bedrijfsopbrengsten	2.204	3.379	28.309	52.222	86.113	79.513
Bedrijfslasten						
Salarissen en sociale lasten	1.701	2.328	19.472	34.418	57.919	53.970
FLO-kosten/regeling bezw. beroepen	0	0	927	2.497	3.424	2.980
Personeel derden	0	50	820	2.470	3.340	2.419
Overige personeelskosten	129	223	1.171	1.997	3.519	3.625
Kapitaallasten	6	9	1.205	2.277	3.497	3.319
Huisvestingskosten	0	0	723	1.656	2.379	2.120
Doorbelasting Het Service Centrum	19	31	595	1.015	1.660	1.710
Toevoeging voorzieningen	0	0	130	185	315	330
Overige bedrijfskosten	406	610	3.226	5.702	9.944	8.824
Som der bedrijfslasten	2.261	3.251	28.269	52.216	85.997	79.297
	-57	128	40	5	116	216
Financiële baten en lasten	0	0	89	28	116	124
Gerealiseerd totaal saldo van baten en lasten	-57	128	-49	-22	0	92
Mutatie algemene reserve (resultaat deelnemingen)	0	0	0	0	0	0
Mutatie reserve onderhoud panden						
Mutatie reserve aanvaardbare kosten	-57	128	-49	-22	0	92
GEREALISEERD RESULTAAT	0	0	0	0	0	0



Brabant Midden-West-Noord

AB 23.007

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 5 juli 2023
Onderwerp Concept Begroting 2024
Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Bijgaand ontvangt u de concept begroting 2024 van de RAV Brabant Midden-West-Noord. De begroting is kostendekkend en er is geen gemeentelijke bijdrage in opgenomen.

Beslispunten Vaststellen van de begroting 2024.

Gevolgen voor de gemeenten

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

Bijlagen - Concept begroting 2024 is niet bijgesloten, want is op 6 april verzonden aan de Raden en gepubliceerd op www.ravbrabantmwn.nl
- Overzicht zienswijzen Raden (wordt ter vergadering uitgereikt)



Brabant Midden-West-Noord

AB 23.008

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 5 juli 2023

Onderwerp Voorstel aanpassing Gemeenschappelijke Regeling

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB De wijziging van de Wet gemeenschappelijke regelingen maakt aanpassing van de Gemeenschappelijke Regeling noodzakelijk. In de bijlage zijn de voorgestelde aanpassingen op beide onderwerpen omschreven en toegelicht.

Het voorstel is akkoord bevonden door het DB op 31 mei en wordt bij deze ter goedkeuring voorgelegd aan het Algemeen Bestuur. Na accordering door het AB wordt de ontwerperegeling aangeboden aan de Raden van de deelnemende gemeenten. Overweging van de zienswijzen en eventuele aanpassing van de ontwerperegeling door het DB vindt plaats voorjaar 2024, en definitieve vaststelling door het AB in juni 2024. De GR RAV versie 8 kan dan per 1 juli 2024 van kracht worden. De RAV volgt in dit traject zoveel mogelijk de aanpak en de tijdslijn van de GGD'en.

Beslispunten Het Algemeen Bestuur gaat akkoord met de voorgestelde wijzingen en biedt deze aan de Raden van de deelnemende gemeenten aan voor het vormen van een zienswijze.

Gevolgen voor de gemeenten Geen

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

- Bijlagen**
- a. Kaders aanpassing GR'en Midden- en West-Brabant
 - b. Notitie Aanpassing GR RAV
 - c. Voorstel GR RAV versie 8

KADER WIJZIGING WET GEMEENSCHAPPELIJKE REGELINGEN

Onderwerp:	Kader voor de implementatie van de wijziging Wgr
Aan:	Afstemmingsoverleg regio West- en Midden-Brabant
Van:	Vorbereidingsgroep wijziging Wet Gr
Status:	concept
Datum:	12 januari 2023
Doel notitie:	ter besluitvorming

Achtergrond

Op 1 juli 2022 is de gewijzigde Wet gemeenschappelijke regelingen in werking getreden. Lokale overheden werken steeds meer en intensiever met elkaar samen. Dat gebeurt op verschillende niveaus en op verschillende manieren. De Wet gemeenschappelijke regelingen maakt (publiekrechtelijke) samenwerking mogelijk tussen provincies, gemeenten en waterschappen.

In gemeenschappelijke regelingen draagt het lokale bestuur in meer of mindere mate bevoegdheden over aan (het bestuur van) een regionaal, interbestuurlijk samenwerkingsverband. De afgelopen jaren is uit verschillende onderzoeken gebleken dat volksvertegenwoordigers (gemeenteraden en -raadsleden) een te grote afstand ervaren tot gemeenschappelijke regelingen. Daardoor komt de democratische legitimatie van gemeenschappelijke regelingen onder druk te staan. Met deze wetswijziging wordt de betrokkenheid van volksvertegenwoordigers (gemeenteraden, provinciale staten en besturen van waterschappen) bij het bestuur van een samenwerkingsverband verbeterd. Zo krijgen zij meer invloed op besluiten van een gemeenschappelijke regeling.

Het algemeen bestuur van een GR wordt gevormd uit burgemeesters, gedeputeerden of wethouders van de deelnemers. De eigenaarsrol van de GR ligt bij dit algemeen bestuur. De wet introduceert nieuwe instrumenten waarmee gemeenteraden en Provinciale Staten hun controlerende en kaderstellende taken richting dit algemeen bestuur beter kunnen uitvoeren. De toepassing van deze nieuwe instrumenten, alsmede de vraag hoe we die nieuwe instrumenten zo effectief mogelijk kunnen inzetten zodat zij een werkelijke bijdrage leveren aan een grotere betrokkenheid van de volksvertegenwoordigers, komt in deze notitie aan de orde.

De wetgever is zich ervan bewust geweest dat er gemeenschappelijke regelingen zijn in veel verschillende soorten en maten. Dit is de reden dat in veel gevallen ervoor gekozen is om geen harde inhoudelijke bepalingen in de nieuwe wet op te nemen, maar alleen de verplichting om met elkaar daarover in de GR afspraken te maken. Dit betekent dat er voor verschillende onderwerpen nog veel ruimte is voor de GR'en en hun bestuur om een eigen invulling aan te geven. De wetswijziging dient binnen 2 jaar, dus voor 1 juli 2024 te zijn geïmplementeerd in de eigen GR.

Regionaal proces

In de regio zijn veel GR'en actief. Zo zijn er GR'en in de regio West-Brabant, in de regio Midden-Brabant, maar ook GR'en die over beide regio's heen gaan. Per GR is een verschillend aantal gemeenten en/of provincie deelnemer in de regeling.

Alle GR'en en hun besturen gaan nu een proces doorlopen, waarin zij bespreken hoe zij de wijziging van de Wet gemeenschappelijke Regelingen naar hun eigen GR willen vertalen. De algemeen besturen van de GR'en, en dus hun dagelijks bestuur ter voorbereiding, zijn nu aan zet om de implementatie vorm te geven.

In dit proces zijn veel stakeholders:

- Zo zijn er de dagelijks en algemeen besturen als bestuurders van de GR'en;
- De colleges van B&W als oprichter en eigenaar van de GR'en;
- De provincie Noord-Brabant als deelnemer en mede-eigenaar van verschillende GR'en over Brabant heen;
- Het waterschap als deelnemer in GR'en;
- De gemeenteraden en Provinciale Staten (PS) die meer bevoegdheden krijgen;
- De griffiers die de gemeenteraden en PS hierbij adviseren en ondersteunen;
- De burgemeesters als voorzitter van de raad;
- De burgemeesters soms als voorzitter van de GR;
- De collega GR'en in hetzelfde vakgebied.

Dit maakt duidelijk dat afstemming hierin zeker wenselijk en misschien wel noodzakelijk is. Hiervoor hebben een aantal GR'en en twee burgemeesters het initiatief genomen. De wens is geuit om een kader op te stellen waarlangs de besluitvorming binnen de verschillende GR'en kan gaan plaatsvinden.

De uitgangspunten

1. Versterking eigenaarschap bestuurder

De GR'en zijn veelal collegeregelingen. Dat wil zeggen dat zij zijn ingesteld door de colleges van burgemeester en wethouders of door Gedeputeerde Staten met als doel een overheidstaak uit te voeren, waarvan de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid bij de gemeente of provincie ligt. De GR is een vorm van verlengd lokaal bestuur.

Bij een collegeregeling ligt de bevoegdheid om te beslissen over deze regelingen daarom in de eerste plaats bij de colleges. De rol van de raad is het kaderstellen en controleren. Dit komt tot uitdrukking in het feit dat het algemeen bestuur van de GR wordt gevormd door leden van Gedeputeerde Staten of leden van de colleges van burgemeesters en wethouders van de deelnemers. Het dagelijks bestuur wordt gekozen uit het algemeen bestuur en bestaat dus ook uit leden van die colleges.

Voor de veiligheidsregio's geldt dat wettelijk is bepaald dat het algemeen bestuur wordt gevormd door de burgemeesters van de deelnemers.

In de GR Regio Hart van Brabant werken zowel de colleges als de raden samen. Dit is daarom geen collegeregeling maar een gemengde regeling. Dit geeft de raad een andere rol. Het algemeen bestuur wordt gevormd door collegeleden van de deelnemende gemeenten.

Welke sturingsmogelijkheden heeft de raad momenteel?

In onderstaand schema is de verantwoordingsstructuur geschetst.

VERANTWOORDINGSRELATIES COLLEGEREGELING



29 [PROOF]

VU LAW ACADEMY

1. Het collegelid heeft op grond van de Gemeentewet/Provinciewet een actieve en passieve informatieplicht naar de gemeenteraad/PS (art 169 Gemeentewet, 167 Provinciewet). Dit geldt ook voor het handelen als AB-lid van een GR.
2. De raad/PS (als geheel) kan het eigen AB lid ter verantwoording roepen (art 16 lid 1 Wgr)
3. Leden van de raad/PS kunnen het AB van de GR om inlichtingen vragen (art 17 Wgr) waarop de GR verplicht is te antwoorden. Deze verplichting richt zich niet alleen op informatie over te nemen besluiten, maar betreft alles dat de raad behoort te weten om zijn taak goed te kunnen vervullen.

Deze structuur brengt tot uitdrukking dat het eerste aanspreekpunt voor de raad/PS ten aanzien van het reilen en zeilen in de GR het eigen AB-lid is. Heeft de GR meerdere disciplines in haar werkveld, dan kan ook de inhoudelijke portefeuillehouder betrokken worden bij de informatievoorziening naar de raad/staten. Voor alle GR'en geldt dat bij de verantwoording de nadruk gelegd wordt op het lokale gesprek, collegeleden overleggen met hun eigen raad. De wetwijziging brengt geen verandering in deze verantwoordelijkheidslijnen.

Uitgangspunt 1: Het eerste aanspreekpunt voor de raad/PS ten aanzien van aangelegenheden van de GR is het eigen AB-lid en de eigen inhoudelijke portefeuillehouder.

2. Uniformiteit versus verscheidenheid

Zowel vanuit de eigen regio's als vanuit de provincie is de wens geuit van uniformiteit in de aanpassingen in de GR'en. Het is begrijpelijk dat een gemeente die met meerdere GR'en te maken heeft, uniformiteit wil in het besturen van die GR'en. Ditzelfde geldt voor de provincie die te maken heeft met meerdere GR'en over Brabant heen (zoals de Omgevingsdiensten). Daarnaast is er vaak de wens om ook binnen een vakgebied (bv de GGD'en, Veiligheidsregio's) eenzelfde set met afspraken te maken.

De wetgever heeft er juist voor gekozen, vanwege de verscheidenheid aan GR'en om geen uniforme afspraken in de wet op te nemen. Er zijn wezenlijke verschillen tussen de GR'en waardoor er verschillende modellen denkbaar of zelfs nodig zijn.

- Er zijn GR'en met slechts 2 of 3 deelnemers, maar ook met 25;
- Er zijn GR'en die naar aard verschillend zijn. Zo zijn er regelingen met een beleidsmatige inhoud en GR'en van meer uitvoerende aard;
- Er zijn GR'en met een grote impact op de burgers of juist met weinig tot geen impact.
- Er zijn GR'en waarbij op basis van andere wetgeving afgeweken wordt van de Wgr. Dit speelt met name bij de veiligheidsregio's.

Totale uniformiteit is dus niet mogelijk en ook niet wenselijk. Dit brengt ons tot de conclusie dat per GR bekeken moet worden wat voor die GR een passende uitwerking en toepassing is van de wetswijziging.

Uitgangspunt 2: De GR'en zijn zo verschillend van taakveld, schaal, politieke gevoeligheid, financieel risico enz., dat er geen uniforme afspraken te maken zijn. Er wordt alleen gestreefd naar uniformiteit daar waar mogelijk is.

3. Vergroten inhoudelijke betrokkenheid

De wijziging van de Wet gemeenschappelijke regelingen geeft de gemeenteraden en PS meer sturingsmogelijkheden. Wat we zien is dat deze wettelijke sturingsmogelijkheden vrij formeel van aard zijn. Het gaat vooral om extra instrumenten. In de voorbereiding van de wetswijziging is terecht al de vraag geopperd of deze instrumenten er echt toe bijdragen dat de raad meer invloed krijgt op de GR. Er ontstaat meer bestuurlijke drukte en het risico van dubbeling van werk. Er komt nog meer een focus op financiën, terwijl er zowel bij de GR'en als bij de raden/PS juist behoefte is aan meer het inhoudelijke debat met elkaar voeren. We willen de bestaande richtlijnen en verantwoordingslijnen ongemoeid laten en daarnaast vooral gaan inzetten op instrumenten en middelen om de inhoudelijke betrokkenheid van de raden/PS bij de GR'en te vergroten. Het gaat er vooral om met elkaar in gesprek te gaan over welke taken wil je dat deze GR voor jou uitvoert. Wat vind je als raad belangrijk dat er tot stand komt in jouw gemeente? Je wilt als raad vroegtijdig betrokken worden, zodat je nog reële mogelijkheden hebt tot inbreng of bijsturing. De output van de GR is het belangrijkste.

Uitgangspunt 3: De nieuwe instrumenten vooral inzetten om tijdige en inhoudelijke betrokkenheid te creëren.

4. De P&C-cyclus

Een belangrijk proces binnen de GR is uiteraard de planning en control cyclus. Door het vaststellen van de begroting wordt immers bepaald hoe de middelen van de GR het komende jaar besteed gaan worden, en via de jaarrekening wordt hierover achteraf verantwoording afgelegd. Hiervoor zijn in de Wet gemeenschappelijke regelingen al veel procesafspraken opgenomen, zoals het bekendmaken aan de deelnemers en de zienswijzetermijn.

Op dit moment leidt de uitvoering van de planning en control cyclus soms tot fricties. Dit komt doordat door een aantal gemeenten een Nota Verbonden Partijen is opgesteld waarin ook termijnen en aanvullende financiële afspraken of kaders zijn opgenomen. Deze nota is niet altijd door alle deelnemers aan een GR geadopteerd, waardoor de nota niet geldt voor die GR. Daarnaast komen de in de nota afgesproken termijnen niet allemaal overeen met de wettelijke termijnen. Deze wetswijziging is het ideale natuurlijke moment om de bestaande fricties rondom de Nota Verbonden Partijen op te lossen.

Afgezien van de termijnen dienen we ook overeenstemming te bereiken over de financiële uitgangspunten en andere kaders uit de Nota verbonden Partijen. Op de afspraken die we hierover willen maken, komen we bij de concrete uitwerking onder E op terug.

Wat betreft de termijnen willen we afspreken dat de wettelijke termijnen het uitgangspunt vormen. Daarbij realiseren we ons dat het in ieders belang is dat de raden/PS de begrotingen tegelijk in dezelfde raadsvergadering kunnen behandelen. We maken daarom aanvullende afspraken over bv de uiterste datum van indienen van de begroting. De wettelijke termijn geldt hierbij als een uiterste termijn. Wij komen daarom tot het volgende uitgangspunt 4.

Uitgangspunt 4: Voor de P&C-cyclus geldt als uitgangspunt de wettelijke termijnen, waarbij deze gelden als uiterste termijn.

Concrete implementatie van de wetwijziging

In lijn met de hierboven genoemde richtlijnen willen we de wijzigingen van de Wet gemeenschappelijke regelingen gaan doorvoeren.

A. Mogelijkheid tot het instellen van een gemeenschappelijke adviescommissie

Als de raden en PS van alle deelnemers gezamenlijk aan het AB van de GR vragen om een adviescommissie in te stellen, dient het AB deze in te stellen. De adviescommissie kan het bestuur van een GR adviseren omtrent voorgenomen besluiten, zelf aandacht voor een onderwerp vragen en (gezamenlijke) standpunten van de raden van de deelnemers op het punt van de regeling voorbereiden en daaromtrent adviseren. Daarmee kunnen de raden en PS eerder en nauwer betrokken worden dan op dit moment het geval is. Er is geen sprake van delegatie van bevoegdheden aan de gemeenschappelijke adviescommissie. Deze nieuwe commissie heeft geen (formele) rol in het besluitvormingsproces en zienswijzen blijven door raden en PS gegeven worden, eventueel voorbereid door de adviescommissie.

Dit nieuwe instrument heeft als doel de raden eerder te betrekken bij besluitvorming, hun met elkaar te laten overleggen en de mogelijkheid te geven gemeenschappelijk adviezen uit te brengen aan de GR of de raden. Wij zien een paar haken en ogen aan dit nieuwe instrument. Het kost (veel) tijd van de raadsleden (reden waarom hiervoor de mogelijkheid is geopend om een extra vergoeding te geven) en brengt extra bestuurlijke drukte met zich mee. Ook de politieke implicaties dienen goed in ogenschouw genomen te worden. Eén raadslid wordt aangewezen om deel te nemen in de adviescommissie. Kan deze persoon het standpunt van de hele raad weergeven? Wat als deze persoon van een andere politieke kleur is als het AB lid van die gemeente?

Bij dit nieuwe instrument moet zeker afgewogen worden voor welk type GR is een dergelijke adviescommissie zinvol en wanneer levert het een bijdrage aan de kaderstellende rol van de gemeenteraden/PS. Dit past binnen uitgangspunt 2. De aard en taak van de GR is bepalend of een adviescommissie een passend instrument is. Bij de regio Hart van Brabant b.v. is een bestuurscommissie ingesteld, met als taakstelling het adviseren over procesmatige aspecten van onder meer de planning & control cyclus, de ontwerpbegroting en de kernagenda; het signaleren van de verbinding tussen regionale ontwikkelingen en de gemeentelijke ambities / instrumenten; het adviseren over de informatievoorziening vanuit Regio Hart van Brabant naar de deelnemende gemeenten; het adviseren over de invulling van de radenbijeenkomsten. Voor deze GR werkt dit naar tevredenheid van zowel de raad als de GR. Er is aan deze adviescommissie een duidelijke taakomschrijving meegegeven.

Met toepassing van uitgangspunt 3 zou de adviescommissie zich niet moeten buigen over besluiten waar al een formeel proces (zoals de P&C-cyclus) voor is vastgesteld, maar zouden zij een toegevoegde waarde kunnen hebben bij het creëren van meer inhoudelijke betrokkenheid. Als een adviescommissie wordt ingesteld is het juist interessant voor de raad en de GR om het met elkaar over inhoudelijke onderwerpen te hebben. Daar kan een toegevoegde waarde gecreëerd worden.

Wij stellen daarom voor kritisch te beoordelen voor welke GR een adviescommissie een zinvolle aanvulling is. Daarbij kunnen aspecten afgewogen worden als, is de GR vooral uitvoerend van aard of vindt er veel beleidsontwikkeling plaats, is de GR politiek

gevoelig, welk effect voelen de burgers van de activiteiten van de GR? Wij adviseren dan ook uitdrukkelijk om de opdracht aan de commissie vooral te richten op inhoudelijke verdieping.

Daarnaast vinden we het ook hier belangrijk om vooral te kijken naar wat werkt voor deze GR? Het betrekken van de raad bij een GR hoeft niet altijd via een formele adviescommissie te lopen. Er kan ook gewerkt worden (zoals nu ook al gebeurt) met bv raadsadoptanten, -ambassadeurs of -rapporteurs die zich specifiek richten op een bepaald inhoudelijk terrein en de daarbij horende GR. Ook kunnen afspraken over extra informatievoorziening (zie ook C) helpen om de raad meer te betrekken. Het advies is daarom om vooral met elkaar te zoeken naar de meest passende afspraak tussen GR en raad die voor beide partijen voldoet aan de behoefte. Dit kan dus per GR verschillend zijn en de GR'en hebben hierin een actieve rol om met voorstellen te komen die bij hun situatie passen.

De mogelijkheid tot het instellen van een gemeenschappelijke adviescommissie is geregeld in de wet, en hoeft dus niet in de eigen Regeling opgenomen te worden. Wel is bepaald dat het AB de bevoegdheden, de taken en de werkwijze van de commissie regelt. Dit kan in de Regeling of in een aparte verordening naast de Regeling worden opgenomen.

Als aan de leden van de adviescommissie een vergoeding wordt toegekend, dient het AB een verordening op te stellen waarin deze vergoeding geregeld wordt. We vinden het van belang deze vergoeding voor alle GR'en op hetzelfde bedrag te bepalen. Voor de vergoeding wordt geadviseerd aan te sluiten bij het Rechtspositiebesluit decentrale politieke ambtsdragers. In artikel 3.1.4. van dit besluit wordt de vergoeding beschreven voor het lidmaatschap van een bijzonder commissie. De GR'en trekken in dit proces gezamenlijk op voor het opstellen van een dergelijke verordening.

B. Aanwijzen van besluiten waarvoor een zienswijzeprocedure geldt

In sommige GR'en is nu ook al opgenomen dat voor bepaalde besluiten (naast de wettelijk bepaalde) een zienswijzeprocedure nodig is. Dit moet dan gaan om zwaarwegende besluiten, zoals besluiten met een aanzienlijk financieel belang, politiek gevoelige besluiten of beleidsmatige keuzes (MvT). Voor sommige GR'en is er wettelijk voor meerdere besluiten bepaald dat er een zienswijzeprocedure nodig is (met name voor de VR). Voor de gemengde GR Hart van Brabant gaat de besluitvorming sowieso via de raad.

Uniformiteit op dit onderdeel is daarom niet mogelijk. Het bestuur van iedere GR zal daarom voorstellen voor welke andere besluiten dan het vaststellen van de begroting een zienswijzeprocedure zinvol is. Aangezien een zienswijzeprocedure een sturend instrument is voor de gemeenteraad, c.q. de Staten kan het hier alleen gaan om een besluit dat de bevoegdheid is van het algemeen bestuur. De raden/staten hebben immers geen bevoegdheden ten aanzien van besluiten van het dagelijks bestuur.

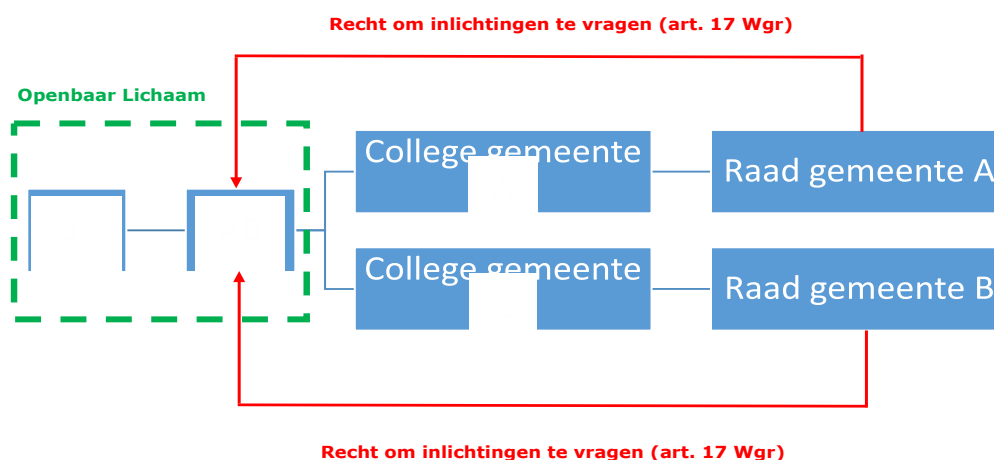
Besproken is of een zienswijzeprocedure voor de kadernota zinvol zou zijn. Er zit weinig tijd tussen het vaststellen van de kadernota en het indienen van de begroting. De begroting is een uitwerking van de kadernota. Daarom achten wij een zienswijzeprocedure (mocht dat al in overweging worden genomen) op de kadernota niet zinvol, aangezien er al een wettelijke zienswijzeprocedure is op de begroting. Buiten die overweging zou een zienswijze op de kadernota alleen kunnen voor die

GR'en waar de kadernota door het AB wordt vastgesteld (zie de opmerking hierover in de vorige alinea).

C. Invulling geven aan de actieve informatieplicht

Bij de wetswijziging wordt naast de al bestaande informatiestromen tussen raad/PS en algemeen bestuur van de GR een nieuwe mogelijkheid toegevoegd namelijk de actieve informatieplicht. Hiermee wordt bepaald dat het algemeen bestuur van de GR aan de raden/staten alle inlichtingen geeft die de raden/staten nodig hebben voor de uitoefening van hun taken.

De huidige informatiestromen kunnen als volgt schematisch worden weergegeven:



1. Zoals al benoemd onder uitgangspunt 1 heeft het collegelid dat lid is van het algemeen bestuur een actieve en passieve informatieplicht naar de gemeenteraad.
2. Leden van de raad kunnen het AB van de GR om inlichtingen vragen (art 17 Wgr) waarop de GR verplicht is te antwoorden. Deze verplichting richt zich niet alleen op informatie over te nemen besluiten, maar betreft alles dat de raad behoort te weten om zijn taak goed te kunnen vervullen.
3. Aan artikel 17 wordt een nieuw lid toegevoegd dat regelt dat het bestuur van de GR de raden/staten alle inlichtingen geeft die zij nodig hebben. Een actieve informatieplicht dus.

Het is lastig te bepalen om welke informatie het dan zou gaan, want het gaat om het brede begrip 'voor de uitoefening van hun taken'. Het moet gaan om een aanvulling op de al bestaande informatiestromen. Ook moet duidelijk blijven dat het hier niet gaat over een verantwoordingsplicht. De formele besluitvormings- en verantwoordingslijnen blijven ongewijzigd. De eerste verantwoordelijkheid voor het informeren van de raad blijft bij het AB-lid (conform uitgangspunt 1).

Met in achtneming van uitgangspunt 3 zal het hier niet gaan om informatie over de formele besluiten van de GR (bv het toezenden van de begroting en jaarrekening aan

de raad), maar zal het gaan om aanvullende informatie over inhoudelijke onderwerpen. Het gaat vooral om de vraag: 'Hoe breng je de raad in positie?' Een overload aan informatie werkt ook niet. We denken bv aan werkprogramma's of jaarplannen. De informatie die verstrekt wordt is uiteraard op organisatieniveau (en niet op detail-niveau). Welke frequentie daarbij passend is, is organisatieafhankelijk. Over de exacte informatie die verstrekt wordt is geen algemene afspraak te maken en moet elke GR zelf beoordelen. Wat past en is logisch voor deze GR? Elke GR zal zelf met een voorstel hiervoor komen.

De actieve informatieplicht is straks dus geregeld in de Wet gemeenschappelijke regelingen, maar de uitwerking daarvan dient opgenomen te worden in de eigen GR. *'De regeling houdt bepalingen in omtrent de wijze waarop de inlichtingen, bedoeld in het tweede lid, worden verstrekt.'* Als de GR'en hun voorstel voor de invulling van de actieve informatieplicht hebben uitgewerkt, kan bepaald worden op welke wijze dit verwerkt wordt in de Regeling.

D. Invulling geven aan de participatie van burgers en belanghebbenden

Bij gemeenschappelijke regelingen kunnen taken en bevoegdheden met grote maatschappelijke relevantie zijn belegd. Op gemeentelijk niveau kan bijvoorbeeld via inspraak bij de gemeenteraad door inwoners, bedrijven en maatschappelijke organisaties aandacht voor een bepaald onderwerp worden gevraagd. Die mogelijkheid bestaat niet wanneer een bevoegdheid of taak bij een gemeenschappelijke regeling is belegd, tenzij de regeling een procedure voor inspraak bevat. Deze wijziging ziet erop toe dat in elke regeling wordt beschreven hoe om te gaan met participatie. Er kan nog steeds de keus gemaakt worden dat er geen mogelijkheid tot participatie via de GR geboden wordt, maar ook dit moet dan wel in de Regeling van de GR worden benoemd. Er kan nog steeds voor worden gekozen deze inspraak te laten lopen via gemeenteraden/PS.

Ook voor de invulling van de participatie van burgers en belanghebbenden is het van belang te kijken naar de taak en bevoegdheden van de GR. Daar waar de GR gaat over onderwerpen waar inspraak van burgers en belanghebbenden gewenst is, kan de inspraak via de GR geregeld worden. Gaat het om een taak die vooral uitvoering is van door de gemeente/provincie reeds vastgesteld beleid, dan is het meer voor de hand liggend om de inspraak nog steeds via de raad/PS te laten verlopen. Deze optie voldoet het meest aan de wens om de inspraak te laten verlopen via het orgaan met de meeste democratische legitimiteit. Op basis van uitgangspunt 2 is het wenselijk om per GR te bekijken wat voor die betreffende GR passend is.

E. Veranderende termijnen in de P&C-cyclus

Door de wetwijziging veranderen de termijnen van de P&C-cyclus. De gemeenteraad wordt meer tijd geboden voor het indienen van zienswijzen, namelijk van 8 naar 12 weken. Dit betekent concreet dat er 12 weken moeten zitten tussen het beschikbaar stellen van de begroting door het DB aan de gemeenteraad/PS en het aanbieden van de begroting aan het AB. Deze termijn is verruimd zodat de raad minder onder tijdsdruk een zienswijze kan formuleren.

In lijn daarmee is de termijn voor het indienen van de begroting bij het ministerie verschoven naar 15 september. Deze termijnen leiden toch tot praktische problemen. Na het indienen van de zienswijze dient ook het DB de gelegenheid te hebben om een reactie te geven op de zienswijze en eventueel de begroting aan te passen. Aangezien

binnen die periode ook het zomerreces valt, kan die verruiming van de termijn niet ten volle benut worden.

De eerste optie is daarom om het opstellen van de ontwerpbegroting naar voren te halen zodat het hele proces nog steeds voor de zomervakantie kan worden afgerond, of anders de vergadering van het AB waarin de begroting wordt vastgesteld naar september te verplaatsen.

Reeds nu is het al gewoonte bij veel deelnemers om de begroting en de zienswijze van alle verbonden partijen gezamenlijk te behandelen in één raad en wel in de raad van juni. Wij kunnen ons voorstellen dat het voor veel deelnemers wenselijk is om hier een collectieve afspraak over te maken. Afstemming hierover tussen griffiers en GR'en heeft plaatsgevonden. De voorkeur is uitgesproken voor een collectieve afspraak over het tijdstip van aanbieden van de ontwerpbegroting (die dan rond 1 april zou liggen). Behandeling van de begroting vindt dan nog steeds plaats in de raad/staten van juni, zodat de zienswijzen van alle GR'en door de raden/staten gezamenlijk worden behandeld. De besluitvorming door het AB van de GR kan dan vóór of na de zomer plaatsvinden. Dat tijdstip is dan minder relevant. Dit staat los van het vaststellen van de jaarrekening wat nog steeds voor de zomer moet gebeuren.

Wij stellen daarom voor uitgangspunt 4 nader te concretiseren waarbij de GR'en ernaar streven de begroting rond 1 april aan te bieden aan de deelnemers, zodat een gezamenlijke behandeling in de raden/staten van juni kan plaatsvinden. Hiermee wordt nog steeds voldaan aan uitgangspunt 4: Voor de P&C-cyclus is het uitgangspunt de wettelijke termijnen, waarbij deze gelden als uiterste termijn. Tevens spreken we af het jaar 2023 als proefjaar te gebruiken om te bezien hoe dit in de praktijk uitpakt en het daarna met elkaar te evalueren.

Relatie met nota verbonden partijen

Naast het afstemmen van de termijnen willen we ook nadere afspraken maken over financiële uitgangspunten en eventuele andere kaders, zodat duidelijk is wat de status is van de Nota verbonden partijen bij de betreffende GR. Alleen dan kan een jaarlijks terugkerende discussie bij de uitvoering van de planning en control cyclus worden voorkomen. Daarom is er door de voorbereidingsgroep 'wijziging wet GR' een verbinding gelegd met de projectgroep 'Actualisatie nota verbonden partijen'. De doelstelling is om bij de actualisatie de GR'en nauwer te betrekken en gezamenlijk met de financiële verantwoordelijken van de GR'en een nieuwe tekst te maken voor de financiële paragraaf van de Nota verbonden partijen. Er wordt getracht een nieuwe tekst te ontwerpen die gedragen wordt door alle betrokkenen. De regio Midden-Brabant is zich aan het oriënteren op het opstellen van een Nota verbonden partijen en is daarom ook aangehaakt in dit traject.

Mochten deze inspanning niet leiden tot een voor iedereen aanvaardbare tekst dan zal elke GR zijn financiële kaders vastleggen in een afzonderlijke (financiële) beleidsregeling. Daarin wordt opgenomen welke financiële uitgangspunten de GR hanteert en wordt op die manier duidelijk welke uitgangspunten overeenkomen met de Nota verbonden partijen en welke niet. Deze regeling wordt dan vastgesteld door het bestuur van de GR en daarmee is duidelijk welke afwijkende afspraken er gelden voor die specifieke GR. Het traject van de Actualisatie van de Nota verbonden partijen loopt zoveel mogelijk gelijk op met de wijziging van de GR. Aangezien de financiële

beleidsregeling in een apart regeling (en niet in de GR) ter besluitvorming wordt aangeboden, zijn beide trajecten qua tijd niet aan elkaar verbonden.

F. Evaluatie van de regeling

Het is goed om een eenmaal ingestelde gemeenschappelijke regeling om de zoveel tijd te evalueren. De wetwijziging ziet op een evaluatie van de juridische regeling, maar doelt ook op een evaluatie van het functioneren en de instelling van de GR als orgaan. Wetgeving en omgeving kunnen immers veranderen.

De juridische regeling is niet vaak aan verandering onderhevig. Zeker als een GR ervoor kiest alleen datgene in de regeling op te nemen wat er wettelijk gezien in geregeld moet zijn. Dit o.a. vanwege de tijdrovende wijzigingsprocedure aangezien alle colleges en gemeenteraden/PS afzonderlijk met de wijziging moeten instemmen. Wij kunnen ons daarom voorstellen dat er afgesproken wordt geen evaluatie-moment af te spreken. Verandert de wet (zoals nu) dan moet ook de GR aangepast worden en is wachten tot het evaluatiemoment ook niet wenselijk. Mocht toch gekozen worden voor een afspraak tot evaluatie dan stellen wij een langere periode voor, bv 4 jaar, hetgeen zou kunnen aansluiten op de cyclus van de gemeenteraadsverkiezingen.

Ook voor een evaluatie van het functioneren van het gemeenschappelijk orgaan kan aangesloten worden bij de cyclus van de gemeenteraadsverkiezingen, hoewel een horizon van vier jaar dan weer best kort is. Daarbij dient ook meegewogen te worden dat er GR'en zijn waarvan de taken een wettelijke grondslag hebben.

Wij adviseren in ieder geval, indien er een gemeenschappelijke adviescommissie is ingesteld, dit om de vier jaar te evalueren. Hoe heeft het gewerkt bij deze GR, had het een toegevoegde waarde, welke verbeteringen zijn door te voeren enz.

G. Opstellen uittredingsvoorwaarden

Deze aanvulling in de wet is een vrij technische wijziging en zal met financieel experts doorgenomen worden. Uit de praktijk en de jurisprudentie zijn hier richtlijnen voor te destilleren. Ook hiervoor zal getracht worden enige uniformiteit in de regio's te bewerkstelligen.

Afsluiting

Met bovenstaand kader geven wij een leidraad voor het implementeren door de verschillende GR'en van de wijzigingen die voortvloeien uit de wijziging van de Wet gemeenschappelijke regelingen in hun eigen GR.

AANPASSING GEMEENSCHAPPELIJKE REGELING RAV BRABANT MIDDEN-WEST-NOORD

Voorstel wijziging n.a.v. aangepaste wetgeving (Wgr) van versie 7 naar versie 8 met toelichting

Achtergrond

Op 1 juli 2022 is de gewijzigde Wet gemeenschappelijke regelingen (Wgr) in werking getreden. Deze wetwijziging beoogt de betrokkenheid van volksvertegenwoordigers (in ons geval de gemeenteraden) bij het bestuur van een gemeenschappelijke regeling (GR) te verbeteren, met als doel het verhogen van de invloed op besluiten van een gemeenschappelijke regeling.

Het algemeen bestuur van de GR Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord bestaat uit 35 leden uit de colleges (burgemeester of wethouder) van de 35 deelnemende gemeenten. De wet introduceert nieuwe instrumenten waarmee gemeenteraden hun controlerende en kaderstellende taken richting dit algemeen bestuur beter kunnen uitvoeren.

De wetgever is zich ervan bewust geweest dat er gemeenschappelijke regelingen zijn in veel verschillende soorten en maten. Dit is de reden dat in veel gevallen ervoor gekozen is om geen harde inhoudelijke bepalingen in de nieuwe wet op te nemen, maar alleen de verplichting om met elkaar daarover in de GR afspraken te maken. Dit betekent dat er nog veel ruimte is voor een eigen invulling. De wetwijziging dient binnen 2 jaar, dus voor 1 juli 2024 te zijn geïmplementeerd in de eigen GR.

Mede vanuit de wens voor eenduidigheid hebben de GR'en in de regio West- en Midden-Brabant de handen ineen geslagen en een notitie opgesteld met de kaders voor implementatie van de wijziging van de diverse GR'en. Deze notitie (zie bijlage) is vastgesteld door het Dagelijks Bestuur van de RAV Brabant MWN op 6 april 2023 en bevat de volgende uitgangspunten:

1. Versterking eigenaarschap bestuurder

Uitgangspunt 1: Het eerste aanspreekpunt voor de raad/PS ten aanzien van aangelegenheden van de GR is het eigen AB-lid en de eigen inhoudelijke portefeuillehouder.

2. Uniformiteit versus verscheidenheid

Uitgangspunt 2: De GR'en zijn zo verschillend van taakveld, schaal, politieke gevoeligheid, financieel risico enz., dat er geen uniforme afspraken te maken zijn. Er wordt alleen gestreefd naar uniformiteit daar waar mogelijk is.

3. Vergroten inhoudelijke betrokkenheid

Uitgangspunt 3: De nieuwe instrumenten vooral inzetten om tijdige en inhoudelijke betrokkenheid te creëren.

4. De planning & control cyclus

Uitgangspunt 4: Voor de P&C-cyclus geldt als uitgangspunt de wettelijke termijnen, waarbij deze gelden als uiterste termijn.

Uitgaande van bovenstaande uitgangspunten volgt hieronder het voorstel hoe de wetwijziging concreet te implementeren in de GR RAV Brabant MWN.

A. Mogelijkheid tot het instellen van een gemeenschappelijke adviescommissie

De vraag is of een dergelijke adviescommissie zinvol is voor onze GR en of deze een bijdrage zou leveren aan de kaderstellende rol van de gemeenteraden. Hierbij spelen taken en aard van de GR een belangrijke rol.

De RAV Brabant MWN is een uitvoerende organisatie, die een beperkt aantal basistaken, met een wettelijke grondslag, uitvoert in haar werkgebied: het instandhouden van de ambulancezorgvoorziening en de meldkamer ambulancezorg, het uitvoeren van de regionale ambulanceplannen en het leveren van een bijdrage aan de Geneeskundige Hulp bij Ongevallen

en Rampen (GHOR). Deze taken worden geheel vanuit de landelijk toegewezen budgetten gefinancierd, zonder financiële bijdrage van de gemeenten. Uitvoering van deze taken vindt plaats binnen vastomlijnde wettelijke en landelijke kaders, in nauwe afstemming met de zorgverzekeraars.

De aard van de GR RAV maakt instellen van een dergelijke adviescommissie ook lastig, omdat deze met 35 deelnemende gemeenten een forse omvang heeft en een zeer groot en divers werkgebied omvat. Wij stellen daarom ook voor om vanuit de RAV geen actie te ondernemen rondom het instellen van een gemeenschappelijke adviescommissie. Mochten alle raden van de gemeenten die deelnemen in de GR dit wel willen, dan zal hieraan uiteraard worden meegewerkt. [Zie artikel 15, lid 10.](#)

B. Aanwijzen van besluiten waarvoor een zienswijzeprocedure geldt

In de huidige GR is vastgelegd dat de Raden om een zienswijze wordt gevraagd over de ontwerpbegroting. De kadernota bevat geen financiële informatie en wordt in januari verstrekt aan de Raden. Het vragen van een zienswijze op de kaderbrief is tijds technisch onmogelijk, omdat de ontwerpbegroting uiterlijk 5 april gereed moet zijn om aan de Raden gezonden te worden. Dit en het feit dat er geen financiële bijdrage wordt gevraagd maakt dat er voor is gekozen geen zienswijze op de kaderbrief te vragen.

In de nieuwe GR wordt wel opgenomen dat het AB kan beslissen of er naast de begroting ook over andere zaken een zienswijze moet worden opgevraagd. [Zie artikel 19, lid 4.](#)

C. Invulling geven aan de actieve informatieplicht

Uitgangspunt is dat de informatie in eerste instantie via het AB-lid verloopt: dit is al uitgebreid opgenomen in de huidige GR. Daarnaast verstrekt de RAV zeer laagdrempelig informatie aan gemeenten via de relatiebeheerder, info@ravbrabantmwn.nl en onze website. Om nog meer invulling te geven aan de actieve informatieplicht zal in de nieuwe GR de bepaling worden opgenomen dat de raden na het AB op de hoogte worden gebracht van de genomen besluiten. [Zie artikel 15, lid 7.](#)

D. Invulling geven aan de participatie van burgers en belanghebbenden

De RAV beschikt sinds 2021 over een cliëntenraad, conform de Wet medezeggenschap cliëntenraden in de zorg (Wmcz). Dit is toegevoegd aan de ontwerpregeling. Participatie van burgers en belanghebbenden is niet op een andere manier geregeld dan via de gemeenteraden en de cliëntenraad. [Zie artikel 15, lid 9 en 10.](#)

E. Veranderende termijnen in de P&C-cyclus

De RAV werkt al met de wettelijke termijnen, zoals de 12 weken waarin de Raden de tijd krijgen om een zienswijze in te dienen op de ontwerpbegroting. De termijnen zijn gebaseerd op het feit dat het Algemeen Bestuur slechts 1x per jaar vergadert, rond 1 juli. Dit heeft tot op heden geen problemen opgeleverd. Om tegemoet te komen aan het streven naar uniformiteit met de andere GR'en wordt de uiterste datum voor indienen voor zienswijze van 15 april naar 5 april verplaatst. [Zie artikel 19, lid 3.](#)

Relatie met nota Verbonden Partijen

Voor de RAV betreft dit alleen de termijnen, en niet de financiële uitgangspunten, omdat de RAV geheel binnen het eigen budget opereert en er geen sprake is van een financiële bijdrage vanuit de gemeenten.

F. Evaluatie van de regeling

Voorgesteld wordt om in de ontwerpregeling op te nemen dat regelmatig een evaluatie van de GR plaatsvindt. Qua planning zal hierbij rekening gehouden worden met het tijdstip waarop nieuwe colleges gevormd zijn. [Zie artikel 22.](#)

G. Opstellen uittredingsvoorwaarden

De uittredingsvoorwaarden zijn al afdoende opgenomen in de huidige GR. Artikel 23 blijft ongewijzigd.



Brabant Midden-West-Noord

Gemeenschappelijke regeling

Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord

De raden en de colleges van de gemeenten Alphen-Chaam, Altena, Baarle-Nassau, Bergen op Zoom, Bernheze, Boekel, Boxtel, Breda, Dongen, Drimmelen, Etten-Leur, Geertruidenberg, Gilze en Rijen, Goirle, Halderberge, 's-Hertogenbosch, Heusden, Hilvarenbeek, Land van Cuijk, Loon op Zand, Maashorst, Meierijstad, Moerdijk, Oisterwijk, Oosterhout, Oss, Roosendaal, Rucphen, Sint-Michielsgestel, Steenbergen, Tilburg, Vught, Waalwijk, Woensdrecht en Zundert;

overwegende

dat het voor een goede ambulancezorg van belang is samen te werken;

- dat deze samenwerking zich richt op ambulancezorg waarbij de patiënt centraal staat;
- dat de ambulancezorg een onderdeel is van de keten van gezondheidszorg in Nederland;
- dat de ambulancezorg daarnaast een belangrijke pijler is onder de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen en het wenselijk is om het werkgebied te laten samenvallen met dat van de veiligheidsregio's Midden- en West-Brabant en Brabant-Noord; dat zij daarvoor een gemeenschappelijke regeling willen aangaan op de schaal van Midden- en West-Brabant en Brabant-Noord en daarbij een openbaar lichaam willen instellen;

gelet op:

de Wet gemeenschappelijke regelingen, de Gemeentewet, de Wet ambulancezorgvoorzieningen, de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet toelating zorginstellingen, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Wet veiligheidsregio's;

besluiten de gemeenschappelijke regeling Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord te wijzigen en conform de volgende tekst vast te stellen.

Hoofdstuk 1 **Begripsbepalingen**

Artikel 1 **Begrippen**

1. Deze gemeenschappelijke regeling verstaat onder:
 - a. wet: Wet gemeenschappelijke regelingen;
 - b. regeling: deze gemeenschappelijke regeling;
 - c. gemeente: aan de regeling deelnemende gemeente;
 - d. college: college van burgemeester en wethouders van een gemeente;
 - e. werkgebied: het gezamenlijke grondgebied van de gemeenten in enerzijds het gebied Midden- en West-Brabant en anderzijds de gemeenten in het gebied Brabant-Noord;
 - Midden- en West-Brabant: de gemeenten Alphen-Chaam, Altena, Baarle-Nassau, Bergen op Zoom, Breda, Dongen, Drimmelen, Etten-Leur, Geertruidenberg, Gilze en Rijen, Goirle, Halderberge, Hilvarenbeek, Loon op Zand, Moerdijk, Oisterwijk, Oosterhout, Roosendaal, Rucphen, Steenbergen, Tilburg, Waalwijk, Woensdrecht en Zundert;
 - Brabant-Noord: de gemeenten Bernheze, Boekel, Boxtel, Heusden, 's-Hertogenbosch, Land van Cuijk, Maashorst, Meierijstad, Oss, Sint-Michielsgestel en Vught;
 - f. gedeputeerde staten: gedeputeerde staten van de provincie Noord-Brabant;
 - g. ambulancezorg: zorg, erop gericht een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en/of per ambulance te vervoeren;
 - h. Regionale Ambulancevoorziening (RAV): rechtspersoon waaraan vergunning is verleend tot het verlenen van ambulancezorg;
 - i. meldkamer (ambulancezorg): meldkamer als bedoeld in artikel 35, eerste Lid Wet veiligheidsregio's;
 - j. directeur RAV: directeur die bevoegd en verantwoordelijk is voor de operationele directievoering van het openbaar lichaam;
 - k. directeur publieke gezondheid: functionaris als bedoeld in artikel 14, tweede lid van de Wet publieke gezondheid en artikel 32, tweede lid van de Wet veiligheidsregio's.
2. Waar de regeling een mannelijk voornaamwoord of een mannelijk functionarisbegrip gebruikt, bedoelt zij zowel mannelijke als vrouwelijke personen.

Hoofdstuk 2 **Algemene bepalingen**

Artikel 2 **Het openbaar lichaam**

1. Er is een openbaar lichaam, dat heet: *Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord*. Het is gevestigd te Tilburg.
2. Het bestuur van het openbaar lichaam bestaat uit het algemeen bestuur, het dagelijks bestuur en de voorzitter.

Hoofdstuk 3 Doel, taken en bevoegdheden

Artikel 3 Doel

1. Het openbaar lichaam heeft tot doel het verlenen of doen verlenen van ambulancezorg.
2. Het openbaar lichaam probeert dit doel te bereiken met alle wettelijk toegestane middelen die daaraan naar zijn mening kunnen bijdragen.

Artikel 4 Taken

1. Het openbaar lichaam heeft tot taak:
 - het in stand houden van een Regionale Ambulancevoorziening voor Midden- en West-Brabant;
 - het in stand houden van een Regionale Ambulancevoorziening voor Brabant-Noord;
 - het in stand houden van een meldkamer ambulancezorg voor Midden- en West-Brabant;
 - het in stand houden van een meldkamer ambulancezorg voor Brabant-Noord;
 - het vaststellen en (doen) uitvoeren van regionale ambulanceplannen voor Midden- en West-Brabant en voor Brabant-Noord;
 - het (doen) leveren van een bijdrage aan de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen voor de Veiligheidsregio Midden- en West-Brabant en de Veiligheidsregio Brabant-Noord;
 - alle andere taken die naar de mening van het dagelijks bestuur kunnen bijdragen aan het bereiken van het in artikel 3, lid 1 genoemde doel en de hierboven genoemde taken.

Artikel 5 Bevoegdheden

1. Het openbaar lichaam heeft alle bevoegdheden die nodig zijn voor de uitvoering van zijn taken.
2. Het openbaar lichaam is, voor de Regionale Ambulancevoorziening Midden- en West Brabant en de Regionale Ambulancevoorziening Brabant-Noord, zorgaanbieder zoals bedoeld in artikel 1, aanhef onder c, van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Hoofdstuk 4 Het algemeen bestuur

Artikel 6 Samenstelling

1. Het algemeen bestuur bestaat uit zoveel leden als het aantal deelnemende gemeenten.
2. De raden wijzen bij voorkeur als lid aan het collegelid met de portefeuille gezondheidszorg of het collegelid dat lid is van het algemeen bestuur van de GGD West-Brabant of de GGD Hart voor Brabant.

Artikel 7 Zittingsduur

1. Het lidmaatschap van het algemeen bestuur wordt bepaald door de inhoud van artikel 13 van de Wet gemeenschappelijke regelingen.
2. De raad kan een door hem aangewezen lid ontslaan als dit zijn vertrouwen niet meer heeft, nadat dit lid zich heeft kunnen verantwoorden. De artikelen 49 en 50 van de Gemeentewet zijn dan van toepassing.
3. Het college meldt elke wijziging in het lidmaatschap zo snel mogelijk aan de voorzitter.

Artikel 8 Vergaderingen

1. Het algemeen bestuur vergadert overeenkomstig het bepaalde in de wet en in het Reglement van Orde van het algemeen bestuur.
2. Elk lid heeft in de vergadering één stem.
3. Voor het vaststellen van de begroting is daarnaast een meerderheid nodig van de leden die in totaal tenminste de helft vertegenwoordigen van het aantal inwoners van de gemeenten waarvan de leden een stem uitbrengen.
4. Voor het vaststellen van de inwoneraantallen van de gemeenten gelden de aantallen op 1 januari van het jaar vóór het begrotingsjaar van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Hoofdstuk 5 Het dagelijks bestuur

Artikel 9 Samenstelling

1. Het dagelijks bestuur bestaat tenminste uit de voorzitter en 5 andere leden, die allen ook lid zijn van het algemeen bestuur.
2. Het algemeen bestuur wijst deze leden aan, waarbij hij:
 - drie leden aanwijst uit de leden van het dagelijks bestuur van de GGD West-Brabant;
 - drie leden aanwijst uit de leden van het dagelijks bestuur van de GGD Hart voor Brabant.
3. Het algemeen bestuur kan daarnaast ook leden van het dagelijks bestuur aanwijzen die geen lid zijn van het algemeen bestuur.
4. Het algemeen bestuur kan leden van het dagelijks bestuur ontslag verlenen.

Artikel 10 Zittingsduur

1. Het lidmaatschap van het dagelijks bestuur eindigt zodra het lidmaatschap van het algemeen bestuur eindigt of wanneer het lid van het dagelijks bestuur als zodanig ontslag neemt of krijgt verleend.
2. Het lid van het dagelijks bestuur dat ontslag neemt of krijgt verleend, blijft in functie totdat zijn opvolger de functie heeft aanvaard.

Artikel 11 Vergaderingen

De artikelen 52, 53 en 54 tot en met 60 van de Gemeentewet zijn van overeenkomstige toepassing op de vergaderingen van het dagelijks bestuur.

Hoofdstuk 6 De voorzitter

Artikel 12 Aanwijzing en vervanging

1. Het algemeen bestuur wijst uit zijn midden de voorzitter aan.
2. De voorzitter is voorzitter van het algemeen bestuur en van het dagelijks bestuur.
3. Bij verhindering of ontstentenis van de voorzitter wijst het dagelijks bestuur uit zijn midden een plaatsvervanger aan.
4. Het algemeen bestuur kan de voorzitter ontslag verlenen.

Hoofdstuk 7 Bevoegdheden

Artikel 13 Bevoegdheden van de bestuursorganen

1. Aan de bestuursorganen komen de bevoegdheden toe als bepaald in artikel 33 tot en met 33d van de Wet gemeenschappelijke regelingen, tenzij daarvan in deze regeling wordt afgeweken.

Artikel 14 Overdracht bevoegdheden van algemeen bestuur aan dagelijks bestuur

1. Het algemeen bestuur draagt aan het dagelijks bestuur alle bevoegdheden over behalve de bevoegdheid tot:
 - het vaststellen van de jaarstukken en het vaststellen en/of wijzigen van de begroting;
 - het besluiten tot het oprichten van en deelnemen in stichtingen, maatschappen, vennootschappen, verenigingen, coöperaties en onderlinge waarborgmaatschappijen;
 - alle andere bevoegdheden die in wettelijke regelingen zijn opgenomen en niet overdraagbaar zijn of in deze regeling expliciet aan het algemeen bestuur zijn voorbehouden.
2. Het dagelijks bestuur draagt de uitoefening van zijn bevoegdheden in mandaat over aan de directeur RAV. Hiertoe wordt een mandaatregeling vastgesteld.

Hoofdstuk 8 Informatie en verantwoording

Artikel 15 Informatie en verantwoording

1. Het dagelijks bestuur en elk van zijn leden afzonderlijk zijn aan het algemeen bestuur verantwoording schuldig over het door het dagelijks bestuur gevoerde bestuur.
2. Het dagelijks bestuur geeft het algemeen bestuur alle inlichtingen die het algemeen bestuur voor de uitoefening van zijn taak nodig heeft.
3. Het algemeen bestuur is verplicht de raden en/of de colleges desgevraagd, en in ieder geval binnen zes weken, te informeren en inlichtingen te verschaffen over alle zaken over deze regeling.
4. Het algemeen bestuur is bevoegd om, gevraagd of ongevraagd, aan een of meer raden en/of colleges advies te geven of voorstellen te doen, die hij in verband met deze regeling nodig vindt.
5. Het algemeen bestuur is verplicht de door een of meer leden van de raad of het college van een gemeente gevraagde inlichtingen te verstrekken. Zij verstrekken deze inlichtingen zo spoedig mogelijk nadat daarom is gevraagd.
6. Elk lid van het algemeen bestuur is daarnaast verplicht de door een of meer leden van de raad of het college van zijn gemeente gevraagde inlichtingen te verstrekken. Hij verstrekt deze inlichtingen zo spoedig mogelijk nadat hem daarom is gevraagd.
7. Het dagelijks bestuur informeert de raden na de vergadering van het algemeen bestuur over de besluiten die hij daarin nam. Daarnaast informeert het dagelijks bestuur de raden over ontwikkelingen in het beleid of de organisatie die hij van belang acht.
8. Elk lid van het algemeen bestuur is aan de raad en het college van de gemeente waarvan de raad hem als lid heeft aangewezen verantwoording schuldig voor het door hem in het algemeen bestuur gevoerde beleid. Hij legt deze verantwoording zo spoedig mogelijk af nadat

de raad of het college hem daarom heeft gevraagd.

9. Participatie van cliënten en burgers is geregeld in een cliëntenraad, conform de Wet Medezeggenschap cliëntenraden in de zorg (Wmcz).

7.10. Deze regeling voorziet niet in het, op andere wijze dan bovenstaand vermeld, betrekken van ingezetenen van gemeenten en belanghebbenden bij de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van het beleid van de RAV.

Hoofdstuk 9 De organisatie

Artikel 16 De directie

1. De directeur RAV is voorzitter van de directie en belast met de operationele directievoering.
2. Het dagelijks bestuur benoemt, schorst en ontslaat de directeur RAV.
3. Het dagelijks bestuur kan naast de directeur RAV ook als leden van de directie aanwijzen: de directeur publieke gezondheid van de GGD Hart voor Brabant en de directeur publieke gezondheid van de GGD West-Brabant.
4. Bij een directie die uit meerdere personen bestaat, verdeelt zij onderling de taken en legt deze taakverdeling ter goedkeuring voor aan het dagelijks bestuur.
5. De directeur RAV is secretaris van het algemeen bestuur en het dagelijks bestuur. De artikelen 102 tot en met 106 van de Gemeentewet zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 17 Het archief

1. Het dagelijks bestuur is belast met de zorg voor de archiefbescheiden.
2. De gemeentearchivaris van de gemeente 's-Hertogenbosch is belast met het toezicht op het beheer van de archiefbescheiden.

Hoofdstuk 10 Financiën

Artikel 18 Algemeen

1. Op dit hoofdstuk is van overeenkomstige toepassing Titel IV van de Gemeentewet voor zover daarvan niet bij of krachtens de wet is afgeweken.
2. Het algemeen bestuur stelt verordeningen vast overeenkomstig de artikelen 212 en 213 van de Gemeentewet.
3. De gemeenten zullen er steeds zorg voor dragen dat het openbaar lichaam te allen tijde over voldoende middelen beschikt om aan al zijn verplichtingen jegens derden te kunnen voldoen.

Artikel 19 De begroting

1. Het algemeen bestuur stelt jaarlijks de begroting vast conform het bepaalde in artikel 34 en 35 van de wet. De begroting gaat vergezeld van een meerjarenraming voor het lopende en de drie op het begrotingsjaar volgende jaren.
2. De begroting en de meerjarenraming zijn gebaseerd op het door het algemeen bestuur vastgesteld regionaal ambulanceplan.

3. Het dagelijks bestuur stuurt de ontwerpbegroting ter formulering van een zienswijze naar de raden uiterlijk op voor 15-5 april in het jaar vóór het begrotingsjaar.

4. Het algemeen bestuur kan besluiten om ook bij andere onderwerpen de raden de gelegenheid te geven om hun zienswijze te geven.

Artikel 20 De jaarstukken

1. Het dagelijks bestuur legt verantwoording af aan het algemeen bestuur van de inkomsten en uitgaven van het openbaar lichaam in elk dienstjaar, onder overlegging van de jaarstukken met daarbij behorende bescheiden. Hij voegt daarbij een verslag van bevindingen van de accountant overeenkomstig artikel 213 van de Gemeentewet.
2. Het algemeen bestuur stelt de jaarstukken vast conform het bepaalde in artikel 34 van de wet. Het dagelijks bestuur deelt dit mee aan de raden en aan gedeputeerde staten.
3. Het dagelijks bestuur stuurt de jaarstukken naar de raden voor 15 april van het jaar na het jaar waarop de jaarstukken betrekking hebben.
4. Behoudens later in rechte gebleken onregelmatigheden ontlast de vaststelling van de jaarstukken de leden van het dagelijks bestuur van het daarin verantwoorde financieel beheer.

Hoofdstuk 11 Toetreden, uittreden, wijzigen en opheffen

Artikel 21 Toetreden

Een gemeente kan toetreden tot deze regeling na instemming van twee derde van het aantal leden van het algemeen bestuur. Het algemeen bestuur regelt de gevolgen van de toetreding.

Artikel 22 Evaluatie

Het algemeen bestuur evalueert het functioneren van de regeling en betreft de raden bij die evaluatie.

Artikel 23 Uittreden

1. Elke gemeente kan bij besluit van de raad en het college de deelname aan deze regeling opzeggen met ingang van twee kalenderjaren na het jaar waarin zij dit besluit nemen. De gemeente brengt dit besluit direct ter kennis van het dagelijks bestuur.
2. Het algemeen bestuur regelt de financiële verplichtingen en de andere gevolgen van de uittreding.
3. Als het algemeen bestuur bij meerderheid van tenminste twee derde van het aantal leden die samen ook tenminste twee derde van het aantal inwoners vertegenwoordigen daartoe besluit, kan hij een kortere termijn toestaan dan de in lid 1 genoemde termijn.
4. Het algemeen bestuur brengt elk besluit tot uittreding direct ter kennis van de gemeenten.

Artikel 24 Wijzigen

1. Deze regeling kan worden gewijzigd bij eensluidende besluiten van de raden en de colleges van tenminste twee derde van de deelnemende gemeenten die samen tenminste twee derde van het aantal inwoners vertegenwoordigen.

2. Als een wijziging niet bepaalt wanneer deze in werking treedt, gaat de wijziging in op de eerste dag na die van de bekendmaking in de Staatscourant door het gemeentebestuur van Tilburg.

Artikel 25 Opheffen

1. Deze regeling kan worden opgeheven bij eensluidende besluiten van de raden en colleges van tenminste twee derde van de deelnemende gemeenten die samen tenminste twee derde van het aantal inwoners vertegenwoordigen.
2. Bij opheffing besluit het algemeen bestuur tot liquidatie en stelt, nadat hij de raden en colleges van de gemeenten heeft gehoord, een liquidatieplan op, dat voorziet in de verplichting van de deelnemers alle rechten en verplichtingen van het openbaar lichaam over de deelnemers te verdelen op een in het plan te bepalen wijze. Daarbij kan hij van deze regeling afwijken.
3. Het algemeen bestuur stelt het definitieve afwikkelingsvoorstel voor de liquidatie en de vereffening vast.
4. De organen van het openbaar lichaam blijven na de opheffing in functie totdat de liquidatie volledig is voltooid.

Hoofdstuk 12 Slot

Artikel 25

1. De regeling is aangegaan voor onbepaalde tijd.
2. De regeling heeft een toelichting.
3. Deze regeling heet *Gemeenschappelijke regeling Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord*.
4. Het gemeentebestuur van Tilburg zorgt voor bekendmaking van het besluit tot vaststelling van de regeling, van de besluiten tot wijziging en opheffing van de regeling en van de besluiten tot toetreding en uittreding in de Staatscourant en stuurt deze besluiten naar gedeputeerde staten

Aldus als 7^e wijziging GR RAV (versie 8) vastgesteld door het Algemeen Bestuur van de RAV Brabant Midden-West-Noord in haar vergadering van <nog invullen> juli 2024,

..... de voorzitter,
M. Witte

..... de secretaris,
J. de Waard

Toelichting op de Gemeenschappelijke regeling Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord

Met deze regeling stellen de deelnemers de Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord (hierna: RAV) in. De regeling omvat het werkgebied van twee veiligheidsregio's, wat schaalvoordelen oplevert. De regeling is gebaseerd op de Wet gemeenschappelijke regelingen. Hieronder volgt, waar nodig, een toelichting per artikel.

Artikel 4 Taken

Een RAV sluit voor zover nodig een samenwerkingsverband met alle ambulancediensten in het werkgebied en met de meldkamer ambulancezorg (MKA). De RAV is verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid, de beschikbaarheid en de doelmatigheid van de ambulancezorg, zoals die worden gesteld op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Meldkamer ambulancezorg (MKA) valt zorginhoudelijk onder de RAV, zoals het politiedeel onder de politie en het brandweerdeel onder de brandweer valt. De kwaliteitseisen voor verantwoorde ambulancezorg gelden dus voor de meldkamer ambulancezorg in verband met het belang van indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorgcoördinatie.

Artikel 8 Vergaderingen (algemeen bestuur)

De besluitvorming in het algemeen bestuur gaat volgens de regel one man, one vote. Bij een aantal in de regeling genoemde onderwerpen, zoals het vaststellen van de begroting, is er een gewogen stemverhouding op basis van het aantal inwoners van de gemeenten.

Artikel 13 Bevoegdheden dagelijks bestuur

De bevoegdheden van het dagelijks bestuur zijn beschreven op basis van de artikelen 33a en 33b van de Wet gemeenschappelijke regelingen.

In de mandaatregeling regelt het dagelijks bestuur de (gemandateerde) bevoegdheden van de directie en de wijze waarop zij daarover verantwoording aflegt.

Artikel 19/20 De begroting/De jaarstukken

Nadat het dagelijks bestuur de ontwerpbegroting naar de raden stuurt, kunnen zij daarop hun zienswijze geven. Het dagelijks bestuur voegt deze zienswijzen bij de ontwerpbegroting zoals hij deze aanbiedt aan het algemeen bestuur.

De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor voldoende beschikbaarheid van ambulancezorg. Zij onderhandelen over de prijs van die zorg en over de kosten van de bedrijfsvoering en dragen daardoor zorg voor een goede organisatie van de hele spoedeisende zorgketen.



Brabant Midden-West-Noord

AB 23.009

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 5 juli 2023

Onderwerp Archief- en informatiebeheer

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Het Toezicht op Informatiebeheer vindt 1x in de 2 jaar plaats. De toezichthouders (lees stadsarchivarissen van gemeente Breda (GGD WB) en 's-Hertogenbosch (GGD HvB en RAV MWN) stellen dan een toezichtverslag op over het afgelopen jaar. Het jaar erop zorgt het HSC voor een voortgangsverslag.

Team Informatiebeheer HSC heeft de toezichthouders om een toezichtverslag over 2022 gevraagd, vanwege de grote verbetering door het programma 'Informatiehuishouding in Control'. Dit is een afwijking van de normale procedure, waarbij een voortgangsverslag opgesteld diende te worden. Op basis van het toezichtverslag is er een Plan van Aanpak met verbeterpunten voor het komende jaar opgesteld. In dit Plan van Aanpak worden de aanbevelingen van de toezichthouders per KPI (Kritische Prestatie Indicator) 1 op 1 overgenomen, met daarin de aanpak in hoofdlijnen en vermelding van het eindresultaat.

Het Plan van Aanpak is afgestemd met het Interbestuurlijk toezicht van de Provincie Noord-Brabant vanwege hun verzoek om aanpassing. Dit is nu naar tevredenheid gerealiseerd. Tevens komt het Plan van Aanpak elk kwartaal terug binnen het Strategisch Informatie Overleg. In het Plan van Aanpak wordt namelijk ook de voortgang van de werkzaamheden weergegeven.

Beslispunten Ter kennisgeving

Gevolgen voor de gemeenten Geen

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

- Bijlagen**
- a. Aanbiedingsbrief DB aan AB
 - b. Toezichtsverslag archief- en informatiebeheer 2022
 - c. Plan van aanpak 2023
 - d. Bevindingen DB inzake archief- en informatiebeheer 2022



Brabant Midden-West-Noord

Aan het Algemeen Bestuur van de
GR Regionale Ambulancevoorziening
Brabant Midden-West-Noord

Kenmerk: DB20230605archief Datum: 5 juli 2023
Behandeld door: Gezie Pelkmans E-mail: g.pelkmans@ravbrabantmwn.nl
Onderwerp: Toezichtsverslag Informatiebeheer 2022 en Plan van Aanpak 2023

Geachte AB-leden,

Het dagelijks bestuur van de RAV Brabant Midden-West-Noord heeft in zijn vergadering van 31 mei 2023 het Toezichtverslag Informatiebeheer 2022 en het Plan van Aanpak Informatiebeheer 2023 vastgesteld. Tevens heeft het dagelijks bestuur haar bevindingen rondom informatie- en archiefbeheer vastgelegd in een notitie.

Het Toezichtverslag 2022 en het Plan van Aanpak Informatiebeheer 2023 en onze bevindingen sturen we u ter kennisneming toe ten behoeve van de vergadering van het algemeen bestuur d.d. 5 juli 2023.

Deze brief zal ter kennisneming worden toegestuurd aan het Interbestuurlijk toezicht van de Provincie Noord-Brabant.

Met vriendelijke groet,
namens het dagelijks bestuur,

Jan de Waard, secretaris

Bijlagen: Toezichtverslag 2022
Plan van Aanpak 2023
Bevindingen DB inzake informatie- en archiefbeheer

**Verslag van het archieftoezicht
GGD Hart voor Brabant,
GGD West-Brabant
en
Regionale Ambulance Voorziening Brabant
Midden-West-Noord
2022**

Stellers:

Lianne van Beek archiefinspecteur 's-Hertogenbosch

F.C.M. van Meir, gemeentearchivaris Breda

Datum: 19 januari 2023

Status: definitief

Inhoudsopgave

1. Samenvatting en beoordeling
2. Werkwijze en verantwoording
3. Archief KPI's
 - a. Opvolging verbeterpunten uit het verslag over 2021
 - b. Verbeterpunten / aanbevelingen voor 2023
4. Thematische verdieping

1. Samenvatting en beoordeling

Voor u ligt het verslag van het toezicht op het archief- en informatiebeheer van de GGD Hart voor Brabant, de Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord en GGD West-Brabant over 2022. Dit verslag is opgemaakt op basis van de Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's).

KPI	Beoordeling 2021	Beoordeling 2022
1 Lokale regelingen.	<i>Voldoet</i>	<i>Voldoet</i>
2 Middelen en mensen.	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet</i>
3 Archiefruimten, applicaties, archiefbewaarplaatsen en e-depots.	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet deels</i>
4 Interne kwaliteitszorg en toezicht.	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet deels</i>
5 Ordening, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid archiefbescheiden.	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet deels</i>
6 Vervanging, conversie/migratie, vernietiging en vervreemding van archiefbescheiden.	<i>Voldoet</i>	<i>Voldoet</i>
7 Overbrenging van archieven.	<i>Voldoet</i>	<i>Voldoet</i>
8 Ter beschikkingstelling van naar de archiefbewaarplaats overgebrachte archiefbescheiden.	<i>NvT</i>	<i>NvT</i>

Toelichting op kleurgebruik:

- Oranje: KPI's voldoen deels en diverse verbeterpunten te realiseren.
- Licht groen: KPI's voldoen en laatste verbeterpunten te realiseren.
- Vet groen: KPI's voldoen en zijn op orde

Het team Documentaire Informatievoorziening (team DIV) van Het Service Centrum heeft in de voorgaande jaren inventief en innovatief gewerkt. Daar is het team dit jaar mee door gegaan. Door de uitvoering van het 'Programma informatiehuishouding in control' zijn er grote stappen gezet bij het verbeteren van de informatiehuishouding. Het team is goed op weg naar een digitaal informatie- en archiefbeheer dat op orde en 'in control' is.

In de loop van 2022 is het team DIV de GGD Noord Oost Gelderland (NOG) gaan ondersteunen op het gebied van archief- en informatiebeheer. Dat gold alleen voor de uitvoering van het 'Programma informatiehuishouding in control', dat ook bij de GGD NOG is opgestart in 2022. De inspectie over 2022 wordt nog gedaan door de archiefinspectie Apeldoorn. Voor 2023 wordt voorgesteld een gezamenlijk toezichtsverslag te maken.

De afgelopen drie jaar zijn dus grote stappen gezet om het archief- en informatiebeheer op orde te brengen en te houden. Dat geldt voor zowel het papieren als het digitale archief. De werkzaamheden aan de papieren archieven worden eind 2022 en in 2023 afgerond. Daarna worden ze overgebracht naar de betrokken archiefinstellingen (Erfgoed 's-Hertogenbosch en Stadsarchief Breda). Voor de digitale informatie is het al genoemde 'Programma informatiehuishouding in control' gestart.

Het 'Programma informatiehuishouding in control' bestaat uit 4 projecten:

- Veilig opslaan, delen en archiveren in relevante applicaties door iedere medewerker
- Slim (o)verhuizen van netwerkschijven naar M365 applicaties
- Veiligstellen hotspot Corona-informatie en -bestanden
- Herstarten archiveringsproces

Het programma vormt dus de basis voor het op orde brengen en houden van het archief- en informatiebeheer, draagt bij aan de awareness van het belang van het informatiebeheer en het kwaliteitsmanagement op dit gebied. In §4 wordt bij de thematische verdieping verder ingegaan op het 'Programma informatiehuishouding in control'.

Het programma en de daaruit voortkomende actiepunten vormen de basis om de kwaliteit van het archief- en informatiebeheer continu te borgen. Dat beperkt mogelijke risico's en tekortkomingen zoveel mogelijk. De GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant en de Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord kunnen zo op een zorgvuldige wijze bewijs en verantwoordingen afleggen en voldoen aan de eisen die gesteld worden vanuit de Archiefwet en de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

2. Werkwijze en verantwoording

Inleiding werkwijze

Dit is het toezichtsverslag 2022 in het kader van het 'horizontaal' toezicht op de manier waarop wetgeving over het archief- en informatiebeheer wordt nageleefd binnen de organisaties. Er zijn namelijk veel wettelijke en andere regelingen voor het archief- en informatiebeheer. Archief- en informatiebeheer is een complex geheel van vakkennis, wetgeving en digitalisering. Het is cruciaal voor het goed functioneren van een organisatie, en zeker een overheidsorgaan.

Het verslag wordt geschreven door de archivaris, als horizontale toezichthouder. Dat is voor de GGD Hart voor Brabant en de Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord de gemeentearchivaris van 's-Hertogenbosch en voor GGD West-Brabant de gemeentearchivaris van Breda. Hij rapporteert aan de directie en Dagelijks Bestuur (DB).

Team DIV gebruikt het verslag om een verbeterplan op te stellen. Dat wordt door de GGD-en en RAV voor 15 juli 2023 naar het Algemeen Bestuur (AB) en het Interbestuurlijk Toezicht van de provincie Noord-Brabant (IBT) gestuurd. Het IBT reageert op de ontvangen stukken met een toezichtsoordeel. Het proces tussen directie/DB en provincie maakt deel uit van het 'verticale' toezicht. De 'horizontale' toezichthouder blijft daarbuiten.

Het toezichtsverslag bestaat uit drie hoofditems:

- De bevindingen uit het afgelopen jaar
- Aanbevelingen voor verbeteringen
- Een thematische verdieping. In dit geval het 'Programma informatiehuishouding in control'

De werkzaamheden voor het informatiebeheer van de GGD West-Brabant (GGD WB), GGD Hart voor Brabant (GGD HvB) en de Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord (RAV) worden uitgevoerd door het Service Centrum. Dit verslag richt zich op het werk van Team DIV voor de moederorganisaties (MO's) van GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant en de Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord.

Verantwoording

De toetsingscriteria voor het archieftoezicht zijn gebaseerd op de acht groepen van kritische prestatie-indicatoren (KPI's) van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). De KPI's zijn gebaseerd op wet- en regelgeving. Om het verslag leesbaar te houden wordt bij de behandeling van de KPI's niet steeds gewezen op allerlei regels en wetten.

De 8 groepen KPI's bestaan uit de volgende 8 hoofditems:

1. Lokale regelingen.
2. Middelen en mensen
3. Archiefruimten, applicaties, archiefbewaarplaatsen en e-depots.
4. Interne kwaliteitszorg en toezicht.
5. Ordening, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid archiefbescheiden.
6. Vervanging, conversie/migratie, vernietiging en vervreemding van archiefbescheiden.
7. Overbrenging van archiefbescheiden.
8. Ter beschikkingstelling van naar de archiefbewaarplaats overgebrachte archiefbescheiden (is niet meegenomen in de toets).

Er is ook gekeken naar het verbeterplan 2022 (plan van aanpak informatiebeheer) dat door de GGD HvB, RAV MWN en GGD WB is opgesteld. Hiervoor zijn het 'Programma informatiehuishouding in control' en de tussentijdse informatieve bijeenkomsten gebruikt. Er is gekeken in hoeverre de daarin gestelde doelen zijn gerealiseerd. Het verslag gaat over 2022 en eindigt dus op 31 december 2022.

De bevindingen van de archivariissen zijn verder gebaseerd op gesprekken met diverse medewerkers, op eigen waarneming, op toegezonden stukken en op de eigen regelgeving van de GGD-en en RAV, zoals de Archiefverordening en Beheerregeling Informatiebeheer.

Bij elke groep KPI's wordt aangehaald wat er aan aanbevelingen is gedaan in het verslag over 2021. Daarna volgt wat er in 2022 met de aanbevelingen is gedaan en wat de bevindingen van de archivariissen waren. Er wordt afgesloten met een paragraaf met verbeterpunten en aanbevelingen voor 2023.

3. Archief KPI's

a. Opvolging verbeterpunten uit het verslag over 2021

Ook 2021 is een toezichtsverslag uitgebracht. Hierin stonden verbeterpunten en aanbevelingen per groep KPI's. Hieronder wordt de stand van zaken met betrekking tot de verbeterpunten besproken.

KPI 1 Lokale regelingen

Verbeterpunten:

- 1.1 Beheerregeling informatiebeheer en de Archiefverordening: Laat de Beheerregeling informatiebeheer en de Archiefverordening vaststellen en stuur deze ter informatie naar het IBT.
- 1.2 In 2023, na de inwerkingtreding van de nieuwe Archiefwet, worden de Generieke Archiefverordening en Beheerregeling informatiebeheer aangepast per MO op basis nieuwe wetgeving.

Bevindingen:

- 1.1 De Archiefverordeningen en de Beheerregelingen Informatiebeheer zijn vastgesteld. De Archiefverordeningen zijn ter kennisname opgestuurd naar de Provincie Noord-Brabant.
- 1.2 De nieuwe Archiefwet is nog niet in werking getreden. Wanneer dat wel zo is, moet bekeken worden of het nodig is om de Generieke Verordening en Beheerregeling Informatiebeheer aan te passen. Als reminder komt dit punt terug bij de aanbevelingen voor 2023.

KPI 2 Middelen en mensen

Verbeterpunten:

- 2.1 Kennis en expertise van digitaal informatiebeheer:
 - Zet de structureel opgepakte kennisverbreding de komende jaren door, zodat het kennisniveau van team DIV wordt geüpdatet door middel van het volgen van trainingen, Webinars en het volgen van ontwikkelingen op het vakgebied.
- 2.2 Maak een overzicht van de gelden die nu aan informatiebeheer zijn te koppelen en beredeneer of dat voldoende is om wettelijke taken uit te voeren. Ga door met het inzichtelijk maken van de taken en helder te krijgen welke middelen nodig zijn.
- 2.3 Ga door met tijdelijke inhuur voor het opzetten van onderdelen van het informatiebeheer en maak ook inzichtelijk welke taken nodig zijn voor de overbrenging van digitale archiefbescheiden naar het e-depot. Ga hierover in overleg met de e-depotbeheerders.

Bevindingen:

- 2.1 Kennis en expertise van digitaal informatiebeheer: het team DIV heeft trainingen en Webinars gevolgd en de vakliteratuur bijgehouden. Dat is goed geweest voor het kennisniveau. Ook de inhuur van externe expertise heeft hier aan bijgedragen. Het gaat hierbij om het gevolgde traject in het kader van het 'Programma informatiehuishouding in control' en de inhoudelijke gesprekken die zijn gevoerd met de digitale archiefspecialisten van de stadsarchieven.
- 2.2 In het kader van het 'Programma informatiehuishouding in control' wordt de organisatie van team DIV aangepast. Dat is nodig om de beheerorganisatie voor het digitale archief en informatiebeheer vorm te geven. Hiervoor zijn de benodigde middelen beschikbaar. De volgende hoofdtaken worden hierdoor geborgd: Adviseur M365 platform, Functioneel beheerder M365, Recordmanager, Informatiecoach en Adviseur Archiefwetgeving.
- 2.3 In het kader van het 'Programma informatiehuishouding in control' is expertise binnengehaald om het archief- en informatiebeheer verder vorm te geven en in te richten. Het gaat hier om externe inhuur voor het Programma. Met de e-depotbeheerders van de archiefinstellingen zijn de eerste gesprekken gevoerd als voorbereiding op de toekomstige overbrenging. Er is nu beter zicht op de taken en acties die hierbij horen.

KPI 3 Archiefruimten, applicaties, archiefbewaarplaatsen en e-depots

Verbeterpunten:

- 3.1 Procedure en plan van aanpak overbrenging digitale bestanden (incl. metadata en standaarden) naar het e-depot:
 - Pak dit op met de beheerders van het e-depot Stadsarchief gemeente Breda en 's-Hertogenbosch.
- 3.2 Zorg ervoor dat bekend is welke applicaties 'eeuwig' te bewaren digitale bescheiden bevatten en beheer die vanuit dat oogpunt:
 - Maak hiervoor, zoals gepland, een overbrengingsoverzicht per MO, wat eraan te bewaren archief is, fysiek zowel als digitaal en per wanneer overgebracht dient te worden.

Bevindingen:

- 3.1 Er zijn eerste gesprekken gevoerd met de beheerders van de e-depotvoorzieningen van de archiefinstellingen. Die dialoog gaat door in 2023.
- 3.2 Het traject loopt voor de digitale archiefbestanden in het verlengde van het 'Programma informatiehuishouding in control' (Procesbeheerlijst). In de loop van 2023 wordt het product opgeleverd. Voor de fysieke stukken is dit in voorbereiding. Dit wordt gecombineerd met de overbrenging van de archiefbestanden naar de archiefbewaarplaatsen.

KPI 4 Interne kwaliteitszorg en toezicht

Verbeterpunt:

- 4.1 Ga in de komende jaren het kwaliteitssysteem inrichten, wanneer de opbouwfase zijn voltooiing nadert
 - Ga door met het opzetten van het Kwaliteitssysteem (op basis van de vernieuwde KPI's) zoals gepland voor 2021/2022 in samenspraak met MO's en archivariissen en borg de PDCA-cyclus.

Bevindingen:

- 4.1 Tijdens de uitvoering van het 'Programma informatiehuishouding in control' en het plan van aanpak informatiebeheer (verbeterplan) wordt parallel hieraan het kwaliteitssysteem opgestart. Na afsluiting en oplevering van het 'Programma informatiehuishouding in control' moet de PDCA-cyclus verder vormgegeven worden.

KPI 5 Ordening, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid archiefbescheiden

Verbeterpunten:

- 5.1 Zet de informatiebeheerkaart breed in en gebruik die bij het verkrijgen van overzicht in het informatiebeheer, de werkprocessen en de risico's.
 - Start, zodra het weer kan, met het breed inzetten van de informatiebeheerkaart en het vastleggen ervan in het Informatie Structuurplan (ISP) van de MO's.
 - 5.2 Continueer de awareness activiteiten en pak dit ook op voor nieuwe medewerkers m.b.t. Archief- en informatiebeheer zoals aangegeven.
- Digitale archiefbescheiden.
 - 5.3 Evalueer en beheer de vastgestelde basisset metadata die gebruikt wordt bij de opslag en archivering van documenten in SharePoint.
 - 5.4 Maak in overleg met de e-depotbeheerders van het e-depot een plan van aanpak voor overdracht en afstemming/ mapping van de metadata.
 - 5.5 Het archiveringsproces in SharePoint vraagt om een consequente begeleiding en bewaking en ook kan nog bekeken worden waar tijdelijk opslag van de digitale informatie kan plaatsvinden.

Bevindingen:

- 5.1 Het informatiestructuurplan wordt opgebouwd tijdens de uitvoering van het 'Programma informatiehuishouding in control' in de vorm van de Processen beheerlijst. De Processen beheerlijst is opgebouwd uit verschillende elementen die samen een overzicht geven van de opslagomgevingen bij de MO's. In het hoofdstuk bij de thematische verdieping wordt hier verder op ingegaan.
- 5.2 De awareness activiteiten op het gebied van archief- en informatiehuishouding worden ook meegenomen in het 'Programma informatiehuishouding in control'.
- 5.3 en 5.4 De basis set metadata is geëvalueerd in/ tijdens het 'Programma informatiehuishouding in control'. Zoals eerder aangegeven zijn de eerste gesprekken gevoerd met de beheerders van de e-depotvoorzieningen.
- 5.5 In het kader van het 'Programma informatiehuishouding in control' wordt het archiveringsproces verder ingeregeld. Daarbij zijn de eindgebruikers meegenomen in het proces. Periodiek worden eindgebruikers bijgepraat en op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen. In de komende jaren moet dit structureel gaan worden.

KPI 6 Vervanging, conversie/migratie, vernietiging en vervreemding van archiefbescheiden

Verbeterpunten:

- 6.1 Laat het vaststellingsbesluit Handboek Vervanging nog formeel ondertekenen. En communiceer dit naar de medewerkers van de MO's.
- 6.2 Een aandachtspunt voor de komende jaren is om van conversie of migratietrajecten een verklaring op te stellen.
 - 6.3 Vernietigingsplan: in 2020 is het Vernietigingsplan en de procedure opgesteld en is ter besluitvorming voorgelegd aan de besturen. Het plan is ook aangevuld met een lijst van applicaties van de MO's. Pak in 2022 de vernietiging conform de actielijst voor de moederorganisaties.
 - 6.4 Laat door het SIO de concept lijst van mogelijke hotspots vaststellen.

Bevindingen:

- 6.1 Het Handboek vervanging is vastgesteld. De communicatie hierover wordt verder opgepakt.
- 6.2 Conversie en migratieverslagen blijven een aandachtspunt voor de komende jaren.
 - 6.3 Vernietiging vindt plaats conform het reguliere Vernietigingsplan en zoals afgesproken in het kader van het 'Programma informatiehuishouding in control'. De medewerkers gebruiken de verkorte selectielijst 2020 bij het opschonen van de netwerkschijven.
 - 6.4 De hotspotlijst is vastgesteld in het SIO.

KPI 7 Overbrenging van archieven

Verbeterpunten:

- 7.1 Breng in kaart welke bescheiden, zowel analoog als digitaal, wanneer moeten worden overgebracht; stel een model voor de Verklaring van Overbrenging op.
- 7.2 Rond de overbrenging van de fysieke archieven af in 2022 zodra dat weer mogelijk is.
- 7.3 Laat in 2022 de overbrengingsprocedure en conceptverklaring van overbrenging formeel vaststellen.
- 7.4 Neem bij het invullen van de informatiekaart (Processen beheerlijst) het jaar van overbrenging mee, waardoor er inzicht komt in de hoeveelheid.

Bevindingen:

- De verbeterpunten 7.1 tot en met 7.4 zijn opgepakt en lopen door in 2023.

KPI 8 Ter beschikkingstelling van naar de archiefbewaarplaats overgebrachte archiefbescheiden.

De ter beschikkingstelling is niet meegenomen. Voor volgend jaar is het goed naar de beschikbaarstelling te kijken van de overgebrachte archieven. Dit is dan een actiepoint voor de toezichthouder.

Bevindingen:

- Heeft niet plaatsgevonden. Dit moet opgepakt worden na de overbrenging van de laatste fysieke archiefbescheiden.

b. Verbeterpunten / aanbevelingen voor 2023

Op basis van de bevindingen worden per KPI de verbeterpunten / aanbevelingen aangegeven. Als eerste worden de acties in 2023 weergegeven die gevraagd zijn door het Interbestuurlijk Toezicht van de Provincie Noord-Brabant:

- In 2023 wordt weer een volledig verslag opgemaakt van het informatie- en archieftoezicht. Uiterlijk 15 juli 2023 ontvangt het IBT daarom graag een volledig verslag informatie- en archiefbeheer over 2022 dat u aan het algemeen bestuur heeft gestuurd.
- De set met stukken bevat in elk geval:
 - een volledig verslag informatie- en archiefbeheer over 2022 van uw dagelijks bestuur aan het algemeen bestuur;
 - een apart, actueel en concreet (SMART) verbeterplan;
 - de begeleidende brief van uw dagelijks bestuur aan het algemeen bestuur;
 - de begeleidende brief van uw dagelijks bestuur aan Gedeputeerde Staten.

Op basis van de bevindingen worden per KPI de verbeterpunten / aanbevelingen aangegeven.

KPI 1 Lokale regelingen

Aanbeveling:

- 1.2 Volg in 2023 de ontwikkelingen rondom de inwerkingtreding van de nieuwe Archiefwet en pas indien nodig de Generieke Archiefverordening en Beheerregeling Informatiebeheer aan.

KPI 2 Middelen en mensen

Aanbevelingen:

- 2.1 Kennis en expertise van digitaal informatiebeheer:
 - Zet de structureel opgepakte kennisverbreding (o.a. opleidingsplan) de komende jaren door. Update het kennisniveau van team DIV/ beheerorganisatie door het volgen van trainingen, Webinars en het bijhouden van ontwikkelingen in het vakgebied.
- 2.2 Richt de beheerorganisatie van het nieuwe team informatiebeheer verder in met de expertise die opgedaan is tijdens het 'Programma informatiehuishouding in control'. Let op de ontwikkelingen en knelpunten bij de uitvoering van de digitale archivering en of de huidige sterkte (fte's) voldoende is.

KPI 3 Archiefruimten, applicaties, archiefbewaarplaatsen en e-depots

Aanbevelingen:

- 3.1 Plan ook in 2023 overleg in met de beheerders van het e-depot van het Stadsarchief gemeente Breda en 's-Hertogenbosch om kennis te delen over de overbrenging en digitale archivering.
- 3.2 Borg het beheer en onderhoud van de Processen beheerlijst. Dat maakt inzichtelijk wat de opslagomgevingen zijn van de archiefomgevingen in M365 en van de functionele applicaties. En ook wat de te bewaren digitale archiefbescheiden zijn en welke bewaartermijnen gelden voor de te vernietigen digitale archiefbescheiden. Doe dit, indien nog nodig, ook voor de fysieke archiefbescheiden. Neem hierin ook de termijn van overbrenging mee.

KPI 4 Interne kwaliteitszorg en toezicht

Aanbevelingen:

- 4.1 Ga na de oplevering van het 'Programma informatiehuishouding in control' door met het opzetten van het Kwaliteitssysteem (op basis van de KPI's) zoals al gepland voor 2021/2022 en borg de PDCA-cyclus.

KPI 5 Ordening, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid archiefbescheiden

Aanbevelingen:

- 5.1 Het informatiestructuurplan wordt opgebouwd tijdens de uitvoering van het 'Programma informatiehuishouding in control' in de vorm van de Processen beheerlijst (in plaats van de informatiebeheerkaart). Borg na oplevering van het Programma het beheer van de Processen beheerlijst in de beheerorganisatie.
- 5.2 De awareness activiteiten op het gebied van archief- en informatiehuishouding zijn opgepakt in het 'Programma informatiehuishouding in control' en lopen in 2023 nog door. Borg de awareness in de beheerorganisatie en neem deze mee in de PDCA-cyclus.
- 5.3 en 5.4 De basisset metadata is geëvalueerd in/ tijdens het 'Programma informatiehuishouding in control'. Borg deze in de beheerorganisatie in samenspraak met de beheerders van de e-depotvoorziening.
- 5.5 In het kader van het 'Programma informatiehuishouding in control' is het archiveringsproces verder ingeregeld. De eindgebruikers zijn daarbij meegenomen in het proces. Borg het archiveringsproces in de beheerorganisatie.

KPI 6 Vervanging, conversie/migratie, vernietiging en vervreemding van archiefbescheiden

Aanbevelingen:

- 6.1 Het Handboek vervanging is vastgesteld. Borg het actueel houden van het Handboek vervanging in de beheerorganisatie.
- 6.2 Conversie en migratieverslagen blijven een aandachtspunt voor de komende jaren.
 - 6.3 Vernietiging vindt plaats conform het reguliere Vernietigingsplan. Borg de reguliere vernietiging in de beheerorganisatie. En stop de vernietiging op basis van de verkorte selectielijst 2020 die tijdens de uitvoering van het Programma is gebruikt bij het opschonen van de netwerkschijven.
 - 6.4 Borg de vastgestelde hotspotlijst in de beheerorganisatie.

KPI 7 Overbrenging van archieven

Verbeterpunten

- 7.1 Breng in kaart welke bescheiden, zowel analoog als digitaal, wanneer moeten worden overgebracht. Stel een model voor de Verklaring van Overbrenging op.
- 7.2 Rond de overbrenging van de fysieke archieven af in 2023 zodra dat weer mogelijk is.
- 7.3 Laat in 2022/2023 de overbrengingsprocedure en conceptverklaring van overbrenging formeel vaststellen.
- 7.4 Neem bij het invullen van de informatiekaart (Processen beheerlijst) het jaar van overbrenging mee, waardoor er inzicht komt in de omvang.

KPI 8 Ter beschikkingstelling van naar de archiefbewaarplaats overgebrachte archiefbescheiden.

Aanbevelingen:

Pak de ter beschikkingstelling op na overbrenging van de laatste fysieke archiefbescheiden in 2023. Dit is dan een actiepuntpunt voor de toezichthouder.

4. Thematische verdieping

Inleiding

De afgelopen jaren zijn er verschillende projecten opgestart om de informatiehuishouding (archieff- en informatiebeheer) te verbeteren. Denk hierbij aan het Project Archiefbewerking archiefdepot, Project Duurzaam Digitale Opslag zonder Decos (DDOZD), Project Uifasieren van Citrix en de netwerkschijven en het Project Opschonen netwerkschijven. Het 'Programma informatiehuishouding in control' is een voortzetting van deze projecten. Het is bedoeld om de basis te vormen voor het op orde krijgen en houden van het archief- en informatiebeheer, het bevorderen van de awareness voor het informatiebeheer en het kwaliteitsmanagement op dit gebied.

In 2022 heeft de organisatie van het team DIV grote stappen gezet in het verbeteren en optimaliseren van de informatiehuishouding en het archief- en -informatiebeheer. De uitvoering van het 'Programma informatiehuishouding in control' heeft deze vooruitgang mogelijk gemaakt. In deze thematische verdieping wordt specifiek ingegaan op het Programma en wordt een relatie gelegd met de verbeterpunten en aanbevelingen uit het verslag archieftoezicht 2021.

Programma informatiehuishouding in control

Het 'Programma informatiehuishouding in control' is gestart in 2022. De reden voor het opzetten van het Programma was dat de informatiehuishouding bij de moederorganisaties (MO's) niet op orde was. Dit was gebleken uit de verkenning Informatiehuishouding. Hierin stond een beschrijving van de bestaande situatie ten aanzien van de informatiehuishouding, het Verslag Archieftoezicht 2019, het verbeterplan van de GGD Hart voor Brabant en de resultaten van de Corona hotspot inventarisatie. Op basis hiervan zijn zes speerpunten benoemd om te gaan voldoen aan de wettelijke kaders Archiefwet 1995. Het gaat om:

- Vaststellen Governance Informatiebeheer HSC
- Veilig opslaan en archiveren in relevante applicaties door iedere medewerker
- Slim (o)verhuizen van netwerkschijven
- Veiligstellen hotspot Corona Veiligstellen informatie en bestanden
- Herstarten archivering DIV Afronden en herstarten archivering, prioriteit Hotspot Corona informatie
- Informatiebeheerplan van team DIV

Het Programma is ingericht op basis van de zes speerpunten. Hierbij zijn vier projecten benoemd:

- Veilig opslaan, delen en archiveren in relevante applicaties door iedere medewerker
- Slim (o)verhuizen van netwerkschijven naar Microsoft Office 365 (M365) applicaties
- Veiligstellen hotspot Corona informatie en bestanden
- Herstarten archiveringsproces.

De twee speerpunten Vaststellen Governance Informatiebeheer HSC en het Informatiebeheerplan van team DIV zijn reguliere taken. Die worden verder vormgegeven aan de hand van de resultaten / producten vanuit het Programma. Hierna worden eerst de vier projecten besproken en daarna komen de organisatorische ontwikkelingen van team DIV aan bod.

Project: Veilig opslaan, delen en archiveren in relevante applicaties door iedere medewerker

Doel van het project is het ontwikkelen van beleid, richtlijnen en werkwijzen voor het opslaan en archiveren van informatie. Daarnaast wordt er een methode ontwikkeld die ervoor moet zorgen dat alle GGD/RAV-medewerkers op de nieuwe manier gaan werken.

In het project zijn in de loop van 2022 de volgende resultaten of deelresultaten behaald:

- Er zijn een visie, beleid, regels en minimale digitale vaardigheden ontwikkeld en geformuleerd om veilig op te slaan, te delen, samen te werken en te archiveren. Eind 2022 moeten deze formeel vastgesteld worden door het MT nadat ze in de OR besproken zijn. Meer specifiek zijn de volgende deelresultaten bereikt:
- Vaardigheden digitale archief- en informatiebeheer
 - De digitale vaardigheden aan persona's zijn met elke MO besproken.
 - Er is in kaart gebracht welke opleidingsmaterialen er al zijn bij de MO's en welke nog moeten worden ontwikkeld.
 - Inzicht is verkregen in de mogelijke systemen voor toetsing- en trainingsmethodiek. Een vaardighedentrainer voor digitale vaardigheden is ingericht. Ook deze moet ter instemming nog naar de OR.
- Er is een beheerplan ingericht.
- Er is per MO een communicatiestrategie opgesteld in samenwerking met het Programma NEN7510.

Door deze mijlpalen zijn voor KPI 3, 4 en 5 slagen gemaakt in het verbeteren van het archief- en informatiebeheer.

Project: Slim (o)verhuizen van netwerkschijven naar M365 applicaties

Doel van het project is dat medewerkers van teams en projecten de informatie verhuizen, conform richtlijnen, van de 'oude netwerkschijven' naar de M365-omgeving. De schijven worden hierna afgesloten. Er blijft mogelijk een kleine groep aan 'probleemschijven' over.

In het project zijn in de loop van 2022 de volgende resultaten of deelresultaten behaald:

- Alle netwerkschijven zijn opgeschoond en dichtgezet zodat de documenten niet meer gemuteerd kunnen worden.
- De meeste mappen zijn opgeschoond conform de planning. En er is een overzicht van documenten die niet zijn verhuisd. Vastgesteld is wat met deze documenten te doen. Voor de GGD Noord Oost Gelderland (NOG) geldt dat dit nog moet plaatsvinden.
- Er is gecontroleerd of er volgens de werkinstructies gewerkt is in de documentbibliotheken van de archiefsites. Voor NOG moet dat nog gebeuren. De archiefsites zijn op alleen lezen gezet. Er is een aanvraagproces voor de toegang ingericht.
- De werkwijze is gevalideerd bij de informatiebeveiligingsadviseurs, CISO's en FG's.
- Een werkwijze is ingericht in samenwerking met de informatiebeveiligingsadviseurs, CISO's en FG's over hoe we om gaan met gevoelige documenten binnen M365.
- De informatie met bijzondere persoonsgegevens is naar een veilige omgeving (blob) overgebracht en er is een aanvraagproces voor medewerkers ingericht.
- Netwerkschijven (:N/:L/:G) met bestanden met systeemkoppelingen blijven bestaan.

Door deze mijlpalen zijn voor KPI 3, 4 en 5 slagen gemaakt in het verbeteren van het archief- en informatiebeheer.

Project: Veiligstellen hotspot Corona informatie en bestanden

Doel van dit project is dat op korte termijn informatie en bestanden (zoals nu vastgelegd in de 50+ SharePoint sites) van de 'hotspot' veiliggesteld worden en bepaald wordt welke hiervan gearchiveerd moeten worden.

In het project zijn in de loop van 2022 de volgende resultaten of deelresultaten behaald:

- Met medewerkers is een planning afgesproken om de mappen op te schonen. Vervolgens is steekproefsgewijs gecontroleerd of medewerkers volgens de instructies uit de handleiding hebben gewerkt (alleen GGD Noord Oost Gelderland nog).
- De Corona Hotspots zijn gecontroleerd en er heeft terugkoppeling plaatsgevonden aan de Corona programma managers in het geval dat data niet goed is veiliggesteld.
- De Corona Archiefmappen zijn op alleen lezen gezet.

Door deze mijlpalen zijn voor KPI 3, 4 en 5 slagen gemaakt in het verbeteren van het archief- en informatiebeheer.

Project: Herstarten archiveringsproces

Doel van het project is het inrichten van het archiveringsproces (incl. werkafspraken wie/wat/wanneer als op de 'archiefknoop' wordt gedrukt) met behulp van SharePoint en het ervoor zorgen dat het team DIV ermee aan de slag kan en gaat. Prioriteit krijgt archivering van Corona informatie: team DIV wordt hiervoor aangevuld met enkele tijdelijke collega's.

In het project zijn in de loop van 2022 de volgende resultaten of deelresultaten behaald:

- Naar aanleiding van de procesanalyse is de processenlijst gevalideerd en gecompliceerd.
- Het ingerichte archiveringsproces is in de praktijk getest bij een aantal teams.
- Er is een plan van aanpak voor de functionele uitrol van het archiveringsproces opgesteld.
- De beheerprocessen die horen bij het archiveringsproces zijn uitgewerkt.
- Werkinstructies, instructievideo's en trainingen zijn gemaakt voor de medewerkers.
- De technische implementatie en uitrol (HSC tenant) is opgestart en loopt. In november 2022 is gestart met de implementatie in de GGD NOG tenant.
- Alle site-eigenaren zijn uitgenodigd voor een verplichte training.
- Uitloop is er door dubbele acties voor implementatie RM bij GGD NOG in verband met de tweede tenant. En er bleken uitdagingen te zijn bij het implementeren vanwege de diversiteit aan SharePoint sites.

Door deze mijlpalen zijn voor KPI 3, 4 en 5 slagen gemaakt in het verbeteren van het archief- en informatiebeheer.

Organisatorische ontwikkelingen van team DIV

Tijdens de uitvoering van het Programma is de transitie van fysiek naar digitaal werken verder doorgezet. Taken en activiteiten zijn meer en meer gericht op de digitale archivering- en informatiebeheer. Ook de complexiteit van de archivering neemt toe omdat informatieveiligheid en wettelijke vereisten nadrukkelijker een rol spelen. Dat heeft tot de volgende ontwikkelingen geleid:

- De inrichting van de beheerorganisatie is afgestemd op de vereisten van het archiveringsproces.
- Definiëren van de benodigde skills/rol en het vaststellen of het huidige team hieraan voldoet. Hierbij is zo veel mogelijk uitgegaan van de in huis zijnde of ontwikkelbare capaciteiten. Capaciteiten die niet in huis zijn of ontwikkeld kunnen worden geworven.
- De werving van de recordsmanager is gestart tijdens de implementatie van de archiverings-oplossing in Q3. Hierdoor kan de recordsmanager al tijdens de implementatie een rol spelen.
- Er is is een opleidingsplan opgesteld dat eind 2022 start.

Om een beeld te geven van de transitie qua bezetting en verandering van functies volgt hieronder een overzicht van het oude team DIV en M365 en het nieuwe team informatiebeheer van de beheerorganisatie:

Huidige situatie team DIV en M365

- 1 fte functioneel beheerder M365
- 1 fte adviseur M 365
- 3,2 fte team DIV

Team informatiebeheer

- 1 fte functioneel beheerder M365
- 1 fte adviseur M 365
- 2,7 fte informatiecoach
- 0,67 fte adviseur archief- wetgeving
- 1fte recordmanager

Door deze organisatorische ontwikkeling / transitie naar het team informatiebeheer is een grote stap gezet naar een archief- en informatiebeheer dat in control is. Een aandachtspunt is of 1 recordmanager voldoende is voor de komende jaren. Door periodiek te monitoren kan er inzicht verkregen worden of dat zo is.

Door deze organisatorische ontwikkeling zijn voor KPI 2 de actiepunten in het verbeterplan grotendeels gehaald.

KPI nr	KPI naam	Beoordeling		Verbeteraanbevelingen uit toezichtverslag 2022	Aanpak 2023		Belang	Ernst	kans	Risiko = E x K	
		2021	2022		Hoofdpijnen aanpak	Eindresultaat					
		groen = voldoet oranje = voldoet deels rood = voldoet niet	groen = voldoet lichtgroen = voldoet deels, nog net niet groen								
1	Lokale regelingen: Voldoen de regelingen voor het Archief- en Informatiebeheer aan de wettelijke eisen? Archiefverordening Beheerregeling informatiebeheer Strategisch informatieoverleg (SIO) Wijziging overheidstaken Gemeenschappelijke regelingen en andere samenwerkingsverbanden Mandaatregeling archiefzorg (Wettelijke eisen informatiebeheer)	voldoet	voldoet	1.1	Volg in 2023 de ontwikkelingen rondom de inwerkingtreding van de nieuwe Archiefwet en pas indien nodig de Generieke Archiefverordening en Beheerregeling Informatiebeheer aan.	Nieuwe Archiefwet wordt per 1-1-2024 vastgesteld. Eind 2023 wordt de Generieke Archiefverordening en Beheerregeling Informatiebeheer aangepast conform nieuwe Archiefwet en klaargezet voor vaststelling in DB en AB van de moederorganisaties. Dit gebeurt in afstemming met de gemeentearchivaris/archiefinspecteur.	In 2024 zijn de gewijzigde generieke Archiefverordening en Beheerregeling Informatiebeheer op basis nieuwe Archiefwet vastgesteld door DB/AB van MO's	Juridisch	6	2	12
2	Middelen en mensen: Kan er, gelet op haar wettelijke taken voor de archiefzorg en het archiefbeheer, beredeneerd aangegeven worden hoeveel middelen en mensen zij hiervoor ter beschikking stellen alsmede hun kwaliteitsniveau?	voldoet deels	voldoet	2.1	Kennis en expertise van digitaal informatiebeheer: Zet de structureel opgepakte kennisverbreding de komende jaren door, zodat het kennisniveau van team DIV wordt geüpdate door middel van het volgen van trainingen, webinars en het volgen van ontwikkelingen op het vakgebied.	Voor 2023 wordt er een opleidingsplan opgesteld en begin 2023 zal team Informatiebeheer verder gecoacht worden ten aanzien van de nieuwe rollen. Het coachen zal gebeuren na de totale uitrol en oplevering van het Programma Informatiehuishouding in control en zal pas medio 2023 gaan plaatsvinden.	Teamleider stelt opleidingsplan Informatiebeheer vast en zorgt voor opgeleide medewerkers team Informatiebeheer	Financieel	2	2	4
				2.2	Richt de beheerorganisatie van het nieuwe team Informatiebeheer verder in met de expertise die opgedaan is tijdens het "Programma informatiehuishouding in control" en heb hierbij oog voor de ontwikkelingen en knelpunten bij de uitvoering van de digitale archivering en of de huidige sterkte (fte's) voldoende is.	De beheerorganisatie wordt gedurende het Programma Informatiehuishouding in control ingericht en in 2023 wordt er vinger aan de pols gehouden om te kijken of de huidige bezetting voldoende is. In een cyclus van 4 weken wordt er binnen team Informatiebeheer gekeken wat de stand van zaken is, wat er verbeterd moet worden etc. Op die manier wordt inzichtelijk wat er aan werk ligt en of de bezetting qua informatie voldoende is.	Teamleider zorgt voor inzicht verkrijgen via scrummethode werken, doorlooptijden werkzaamheden en bezetting informatie	Financieel	2	2	4
3	Archiefruimten, applicaties, archiefbewaarplaatsen en e-depots: Zijn de fysieke en digitale bewaaromstandigheden op orde?	voldoet deels	voldoet deels	3.1	Plan ook in 2023 overleg in met de beheerders van het e-depot Stadsarchief gemeente Breda en 's-Hertogenbosch om kennis te delen over de overbrenging en digitale archivering.	Vervolg van de gesprekken worden ingepland nadat de fysieke overbrenging in zijn geheel geregeld is in Q4 2023 en de e-depots verder zijn ingericht ten behoeve van de digitale overbrenging.	Afstemming adviseur Archiefwetgeving met e-depotbeheerders over rooster met vervolgspraken over de digitale overbrenging met e-depots Breda en 's-Hertogenbosch	Juridisch	2	2	4
				3.2	Borg het beheer en onderhoud van de Processen beheerlijst. Dat maakt inzichtelijk wat de opslagomgevingen zijn van de archiefomgevingen in M365 en van de functionele applicaties. En ook wat de te bewaren digitale archiefbescheiden zijn en op welke bewaartermijnen gelden voor de te vernietigen digitale archiefbescheiden. Doe dit, indien nog nodig, ook voor de fysieke archiefbescheiden. Neem hierin ook de termijn van overbrenging mee.	De fysieke overbrenging van de archiefbescheiden staat al in een overzicht beschreven. De digitale over te brengen archiefbescheiden worden hier in 2023 in meegenomen. Vanuit het Interbestuurlijk Toezicht is aangegeven dat medio 2023 een totaal overzicht gevormd moet zijn per moederorganisatie, wat beschrijft welke archiefbestanddelen er zijn en waar deze zich bevinden. Hier hoort tevens de vermelding van de Bewaartermijnen bij. Moet bij IBT ingediend worden, 15 juli, op basis artikel 18 Archiefregeling.	Up-to-date Processenbeheerlijst is reeds vastgesteld in overleg met toezichthouders. Bij wijzigingen stemt adviseur Archiefwetgeving af met toezichthouders. Overbrengingsoverzicht zowel fysiek als digitaal archief is vastgesteld in SIO-overleg in 2023. Adviseur Archiefwetgeving zorgt voor tijdige aanlevering Bestandsoverzicht MO's.	Juridisch	4	2	8
4	Interne kwaliteitszorg en toezicht: Wordt er structureel gewerkt aan de kwaliteit(verbetering) van de informatiehuishouding?	voldoet deels	voldoet deels	4.1	Ga na de oplevering het "Programma informatiehuishouding in control" door met het opzetten van het Kwaliteitssysteem (op basis van de KPI's) zoals al gepland voor 2021/2022 en borg de PDCA-cyclus.	Team Informatiebeheer gaat met de site-eigenaren reguliere auditgesprekken aan. Verslaglegging hiervan vindt plaats met borging van PDCA-cyclus.	Kwaliteit van informatiebeheer is verhoogd dmv auditgesprekken Informatiebeheer met site-eigenaren MO's. Feedback naar manager en portefeuillehouder Informatiebeheer MO's	Juridisch	6	4	24
5	Ordering, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid archiefbescheiden Geschiedt de ordering planmatig, waarborgen het systeem en de materialen de authenticiteit, context en toegankelijkheid en de duurzaamheid van de archiefbescheiden?	voldoet deels	voldoet deels	5.1	Het informatiestructuurplan wordt opgebouwd tijdens de uitvoering van het "Programma informatiehuishouding in control" in de vorm van de Procesbeheerlijst (i.p.v. de informatiebeheerkaart). Borg na oplevering van het Programma het beheer van de Procesbeheerlijst in de beheerorganisatie.	Momenteel worden de processen bij beide GGD'en in kaart gebracht vanwege certificering voor NEN 7510. Uitgangspunt om de uitkomst metertijd op te slaan in het kwaliteitssysteem Kenya, dat de RAV MWN ook al in gebruik heeft. Uitgangspunt is om in Q4 2023 de Procesbeheerlijst te koppelen aan deze processen.	Informatiebeheer is in beeld op basis van processen MO's in Kenya	Juridisch	2	2	2
				5.2	De awareness activiteiten op het gebied van archief- en informatiehuishouding zijn opgepakt in het "Programma informatiehuishouding in control" en lopen in 2023 nog door. Borg de awareness in de beheerorganisatie en neem deze mee in de PDCA-cyclus.	De awareness activiteiten die gedurende het Programma Informatiehuishouding in control zijn ingezet zijn: webinars, digitale trainingen op het gebied van veilig opslaan, delen, samenwerken en archiveren. Tevens kan er via een Supportkanaal vragen gesteld. Daarnaast volgt elke medewerker de training MS365 Minimale digitale vaardigheidstrainer. Dit is een terugkerend geheel en een instructie op maat. 1x in de 3 jaar wordt de vaardigheidstraining gehouden. Verder moeten alle nieuwe medewerkers de training volgen. De leidinggevende monitort het niveau van zijn/haar medewerkers en stuurt bij waar nodig.	Minimale digitale vaardigheidstrainer is door alle medewerkers MO's gevolgd.	Financieel	2	2	4
				5.3	De basisset metadata is geëvalueerd gedurende het "Programma informatiehuishouding in control" borg deze in de beheerorganisatie in samenspraak met de beheerders van de e-depotvoorziening.	De basisset zal vastgesteld dienen te worden in het SIO-overleg in 2023, dit is ingepland voor het SIO overleg in het 2e kwartaal 2023. De huidige basisset is in afstemming met e-depotbeheerders van de gemeente Breda en 's-Hertogenbosch besproken.	Vastgesteld gewijzigde metadata set i.o.v. met e-depotbeheerders door SIO in 2023.	Juridisch	4	2	8

			5.4	In het kader van het "Programma informatiehuishouding in control" is het archiveringsproces verder ingeregeld en daarbij zijn de eindgebruikers meegenomen in het proces. Borg het archiveringsproces in de beheerorganisatie.	Team Informatiebeheer gaat de komende jaren met de site-eigenaren auditgesprekken aan. Verslaglegging vindt plaats met borging van de PDCA-cyclus.	Informatiebeheerplannen per MO opgesteld op basis van de auditgesprekken	Juridisch	4	2	8	
6	Vervanging, conversie/migratie, vernietiging en vervreemding van archiefbescheiden Weegt de GGD zorgvuldig af of vorm, inhoud en/of context van bescheiden van belang is voor bedrijfsvoering, democratische controle en cultuurhistorie?	voldoet	voldoet	6.1	Handboek vervanging is vastgesteld. Borg het actueel houden van het handboek vervanging in de beheerorganisatie.	In overleg met toezichthouders moet gekeken worden of er sprake is van mineure of majeure wijziging. Op basis daarvan wordt er verder gehandeld.		v	4	2	8
				6.2	Conversie en migratieverslagen blijft aandachtspunt voor de komende jaren.	Dit is een aandachtspunt voor Q3 2023. Als onderdeel van of als deel project direct na afloop van Programma Informatiehuishouding worden er verklaringen opgesteld van de afgelopen conversie en migratietrajecten.	Conversie- en migratieverslag is vastgesteld in SIO-overleg 2023	Juridisch	2	2	4
				6.3	Vernietiging vindt plaats conform het reguliere Vernietigingsplan. Borg de reguliere vernietiging in de beheerorganisatie. En stop de vernietiging op basis van de verkorte selectielijst 2020 bestemd voor medewerkers bij het opschonen van de netwerkschijven die tijdens de uitvoering van het Programma is gebruikt.	Na afsluiten van de uitfasering van de netwerkschijven is de verkorte selectielijst 2020 niet meer gebruikt. Voor de vernietiging wordt het reguliere Vernietigingsplan gebruikt.		v	2	2	4
				6.4	Vastgestelde hotspotlijst. Borg deze in de beheerorganisatie.	De, in het SIO van 12 mei 2022, vastgestelde hotspotlijst is verwerkt in de Procesbeheerlijst, die wordt gebruikt bij de archivering in MS365.		v	2	2	4
7	Overbrenging van archieven Brenge de GGD het principe van de Archiefwet 'te bewaren archiefbescheiden na bij wet vastgestelde termijn overbrengen, tenzij met redenen omkleed' correct in de praktijk?	voldoet	voldoet	7.1	Brenge in kaart welke bescheiden, zowel analoog als digitaal, wanneer moeten worden overgebracht; stel een model voor de Verklaring van Overbrenging op.	Format voor Verklaring van Overbrenging is reeds opgesteld, zit als bijlage in de Overbrengingsprocedure. Fysieke overbrenging is in beeld, inclusief periodes en wordt in Q4 2023 uitgevoerd. Aansluitend gaat team Informatiebeheer de bewerking van het digitale archief van de moederorganisaties oppakken. Start wordt in Q3 gemaakt, dit is vanwege de uitrol van het Programma Informatiehuishouding in control.	Format voor Verklaring van Overbrenging. Overbrengingsoverzicht laten vaststellen in SIO in 2023.	Juridisch	2	2	4
				7.2	Rond de overbrenging van de fysieke archieven af in 2023 zodra dat weer mogelijk is.	Er zijn al afspraken gemaakt voor 2023 voor de fysieke overbrenging, afronding vindt plaats in Q4.	Fysieke archieven MO's zijn overgebracht in 2023.	Juridisch	2	2	4
				7.3	Laat in 2022/2023 de overbrengingsprocedure en conceptverklaring van overbrenging formeel vaststellen.	In het SIO-overleg van 5 oktober 2021 is de Overbrengingsprocedure en verklaring van overbrenging vastgesteld. Aansluitend moet het ingebracht worden in het DB ter vaststelling en ondertekening.		v	2	2	4
				7.4	Neem bij het invullen van de informatiekaart (Processen beheerlijst) het jaar van overbrenging mee, waardoor er inzicht komt in de hoeveelheid.	Bij de verdere uitwerking van het Programma Informatiehuishouding in control zal inzichtelijk worden welke archiefbescheiden bewaararchief zijn. Team Informatiebeheer zorgt voor het inzichtelijk maken wanneer overbrenging dient plaats te vinden.	Overbrengingsoverzicht is vastgesteld in SIO in 2023.	Juridisch	2	2	4
8	Ter beschikkingstelling van naar de archiefbewaarplaats overgebrachte archiefbescheiden		Niet meegenomen in dit toezicht verslag	De ter beschikkingstelling oppakken na overbrenging van de laatste fysieke archiefbescheiden in 2023. Dit is dan een actiepuntpunt voor de toezichthouder.							

Tijdsfad in mnd	Prio/Classificatie	Startdatum	Einddatum	Status	Voortgang					Opmerking bij status / voortgang (aanpassingen tov vorig overzicht zijn als volgt te herkennen: nr activiteit is geel gearceerd, voortgangsbalkje is lichtgroen, tekstuele aanvulling is blauwe tekst)	Publicatie URL's
					20%	40%	60%	80%	100%		
2	5	1-1-2023	31-1-2024	in afwachting						23-1-2023: Kan pas opgepakt worden als nieuwe Archiefwet is vastgesteld en in werking is getreden (verwachting 2024). Staat op agenda SIO 4e kwartaal 2023 om op te pakken.	HvB: RAV: WB:
10		1-4-2023	1-10-2023	loopt	10					22-2: jaarlijks worden de Grip op informatie webinars van KIA/Pleio gevolgd.	
12		1-1-2023	31-12-2023	doorlopend							
6		1-7-2023	31-12-2023	loopt	10					23-1: Fysieke overbrenging is van start gegaan eind 2022, afronding vindt plaats in Q4 2023. Digitale overbrenging: na afronding programma Informatiehuishouding worden de gesprekken met de beheerders e-depot voortgezet.	
12	4	1-1-2023	31-12-2023	loopt		30				23-1: Voor de digitale stukken loopt in het verlengde van het Programma Informatiehuishouding en is een product (Procesbeheerlijst) dat in de loop van 2023 wordt opgeleverd. Voor de fysieke stukken is dit in voorbereiding meegenomen bij de overbrenging.	
12	1	1-4-2023	31-12-2023	doorlopend						22-2: Na oplevering van het Programma Informatiehuishouding in control wordt het auditproces opgepakt en als lerend proces ingeregeld,	
12		1-1-2023	31-12-2023	doorlopend							
12		1-1-2023	31-12-?	doorlopend			60				
4	3	1-4-2023	1-6-2023	loopt							

12	2	1-4-2023	31-12-?	doorlopend							
	√	jan-23	mrt-23	gereed						100	23-1: Vraag uitgezet per mail aan toezichthouders of er sprake is in Handboek Vervanging van een majeure of minieur wijziging. 24-1: Vanuit toezichthouders al terug gekregen dat er sprake is van mineure wijziging. Hier zal nog naar de moederorganisaties over gecommuniceerd worden. 15-2: Mineure wijziging verwerkt en tekst voor intranetten staat klaar. 20-2: artikel geplaatst op intranetten
6		1-7-2023	31-12-2023	gepland							
	√			gereed						100	
	√			gereed						100	
12		1-1-2023	31-12-2023	loopt		30					23-1-2023: De fysieke bewaararchieven zijn tot 2007 van GGD WBr en tot 2012 van GGD HvB uitgezocht en dienen nog omgepakt te worden waarna overbrenging plaatsvindt. Aansluitend op de fysieke overbrenging wordt een start gemaakt met de digitale overbrenging. 15-2: tevens voor de RAV offerte opgevraagd voor ompakken
12		1-1-2023	31-12-2023	loopt				70			23-1-2023: De fysieke bewaararchieven zijn tot 2007 van GGD WBr en tot 2012 van GGD HvB uitgezocht en dienen nog omgepakt te worden waarna overbrenging plaatsvindt. 15-2: tevens voor de RAV offerte opgevraagd voor ompakken
	√			gereed						100	november 2021 reeds getekend door moederorganisaties
12		1-1-2023	31-12-2023	doorlopend		20					15-2: aanvulling kan geplaatst worden op het al bestaande Overbrengingsoverzicht MO's

Bijlage 1 Cijfermatig overzicht werkzaamheden per KPI

KPI 2 Middelen en mensen

Om een beeld te geven van de transitie qua bezetting en verandering van

Oude situatie team DIV en M365

- 1 fte functioneel beheerder M365
- 1 fte adviseur M365
- 3,2 fte team DIV

Nieuwe situatie team informatiebeheer

- 1 fte functioneel beheerder M365
- 1 fte adviseur M365
- 2,7 fte informatiecoach
- 0,07 fte adviseur archiveringswetgeving
- 1 fte recordmanager

KPI 6 Vervanging, conversie/migratie, vernietiging en vervreemding van archiefbescheiden.

In 2022 is er 14,5 m² archief van de 3 moederorganisaties vernietigd conform Wet en regelgeving.

KPI 7 Overbrenging van archieven

Overzicht fysieke archieven die uithuis geplaatst zijn bij View Document Management in Doetinchem.

De strekkende meters zijn berekend op basis van 3 archiefdozen in een Viewbox, die 0,4m² is.

MO	Archief	Aantal Viewboxes	max. strekkende meter (berekend met 3 archiefdozen per Viewbox)
GGD WB	Bewaararchief GGD WB	97	38,8
GGD WB	GGD WB serieearchief 2017 V, incl. GHOR MWB	1625	650
GGD WB	GMV B en V archief	25	10
GGD WB	Jeugddossiers WB 2018	477	190,8
GGD HvB	HSC	218	87,2
GGD HvB	HvB B archief	98	39,2
	HvB V- archief	562	224,8

GGD HVB	JGZ-dossiers gescand	35	14
RAV	RAV B archief	8	3,2
	RAV V archief	136	54,4
	Totaal aantal Viewboxen	3281	1312,4

Programma Informatiehuishouding in control (alle moederorganisaties)

Hieronder in het kort wat vermeld staat in de thematische verdieping van het toezichtverslag inclusief de onderbouwing in cijfers.





Programma Informatiehuishouding - overzicht van onze projecten¹

De scope van project 4 is aangepast nadat is vastgesteld dat het huidige archiveringsproces onvoldoende toekomstvast lijkt

Projectnaam	Wat is het resultaat van het project?	Wie krijgt te maken met dit project?
 <p>Project 1 Veilig opslaan, delen en archiveren in relevante applicaties door iedere medewerker</p>	Ontwikkelen van beleid, richtlijnen en werkwijzen voor het opslaan en archiveren van informatie. Ook ontwikkelen we een methode die als doel heeft alle GGD/RAV-medewerkers de nieuwe wijze van werken toe te laten passen.	Alle 2.400 reguliere medewerkers Alle 2.300 tijdelijke medewerkers
 <p>Project 2 Slim (o)verhuizen van netwerkschijven naar M365 applicaties</p>	Medewerkers van teams en projecten verhuizen conform onze richtlijnen informatie van 'oude netwerkschijven' naar de M365-omgeving. Mappen die nog in gebruik zijn worden verplaatst naar M365, archiefwaardige bestanden worden gearchiveerd, overige documenten worden vernietigd. We sluiten schijven af, houden wellicht een kleine groep aan 'probleemschijven' over.	100+ medewerkers (het totaal in alle MO's betrokken 'schijfgenaren')
 <p>Project 3 Veiligstellen hotspot Corona informatie en bestanden Bepalen wel/niet archiveren</p>	Op korte termijn informatie en bestanden (zoals nu vastgelegd in de 50+ SharePoint sites) van de 'hotspot' veiligstellen en bepalen welke hiervan gearchiveerd moeten worden. Indien mogelijk gaan medewerkers nadat we ze getraind hebben ook daadwerkelijk archiveren.	100+ medewerkers (het totaal in alle MO's betrokken 'schijfgenaren')
 <p>Project 4 Herstarten archiveringsproces inrichting archiveringsproces team DIV, versneld archiveren</p>	Inrichten van het huidige archiveringsproces <u>of indien blijkt dat deze niet functioneert ontwikkelen van alternatieven met behulp waarvan alle MO's kunnen archiveren en deze implementeren</u> . Zorgdragen dat het DIV-team ermee aan de slag kan en gaat. Prioriteit krijgt archivering van Corona informatie: DIV-team wordt hiervoor evt. aangevuld met enkele tijdelijke collega's.	Programma- en DIV-team

1 – Alle MO's nemen deel aan alle projecten. Uitzondering hierop is project 3, hieraan neemt RAV niet deel.



	Wat deden we de afgelopen periode	Activiteiten de komende periode	Status
	Project 1 <u>Veilig opslaan, delen en archiveren</u> <ul style="list-style-type: none"> We haalden akkoord op bij alle MT's voor het beleid en het plan van aanpak vaardigheidstrainer We stelden per MO een communicatiestrategie op en richtte de communicatiepagina in AVK richtte het platform in op basis van onze wensen en eisen & inrichting toets We testten de vaardigheidstrainer We startte 9 januari met een pilot variant van de vaardigheidstrainer 	<ul style="list-style-type: none"> We passen de vaardigheidstrainer aan n.a.v. de pilot We borgen het gebruik van de vaardigheidstrainer bij de sleutelfiguren in de organisatie (management, key-users, coördinator vaardigheidstrainer en kernteam DIVA) We halen akkoord op bij alle ondernemingsraden voor het verplicht stellen van de vaardigheidstrainer Na akkoord van de OR implementeren we de normatieve variant van de vaardigheidstrainer We nemen de vaardigheidstrainer op in de onboarding van elke organisatie 	Bijgestelde planning vanwege het goedkeuringstraject – Eind februari verwachten we af te ronden.
 Archivering	Project 4 <u>Inrichten van een veilig, goed georganiseerd archief</u> <ul style="list-style-type: none"> We rolden stapsgewijs 20 sites per dag uit op de HSC Tenant We deelden de training met alle site eigenaren binnen de HSC tenant We rolden uit over de eerste live -testsites bij GGD NOG We maakten een planning voor het vervolg van de implementatie voor de HSC en NOG tenant 	<ul style="list-style-type: none"> We stuurden een reminder voor de training archiveren naar de eigenaren in de HSC tenant. Ze krijgen tot 31 januari om de training te kijken om dat we nog niet zijn uitgerold op alle sites We rollen in steeds hoger tempo verder uit over de sites van de HSC en NOG tenant Na afronding van de implementatie op de GGD NOG tenant delen we de training met alle site eigenaren van NOG 	Bijgestelde planning vanwege de vele issues waar we tegenaan zijn gelopen tijdens implementatie. Eind februari verwachten we de technische implementatie volledig afgerond te hebben. Status HSC tenant: 315/600 sites Status NOG tenant: 25/200 sites
	Project 2 <u>Slim (o)verhuizen</u> van netwerkschijven naar M365 applicaties	Week 47 decharge *1 openstaande actie: Beoordelen of eind 2023 de inhoud van de netwerkschijven verwijderd mag worden (Diny Beekman). *Lijst SIEB: nog binnen programma afronden	
	Project 3 <u>Veiligstellen hotspot Corona informatie en bestanden</u> Bepalen wel/niet archiveren	Week 47 decharge *1 openstaande actie: Archiveren van de corona archiefmappen door team informatiebeheer op het moment dat de archiveringsoplossing volledig is geïmplementeerd	

Cijfers van de afgeronde onderdelen

Oude netwerkschijven slim verhuizen naar de Microsoft 365 omgeving:

- 124 collega's mee aan de slag
- 1 Programmteam gaf elke dag antwoord op alle vragen
- 33 Selectiecriteria op basis waarvan we archiveren
- 130 medewerkers namen deel aan 1 van de 18 trainingen
- 1 Teams kanaal om informatie snel te delen
- 1 SharePoint omgeving voor elke moederorganisatie
- 1 Manual, 1 Film en 1 FAQ

Corona hotspot, relevante informatie duurzaam bewaren:

- Alle site eigenaren hebben alle informatie van hun Corona hotspot veilig gesteld
- 158 collega's mee aan de slag
- 1 Programmteam gaf elke dag antwoord op alle vragen
- 33 Selectiecriteria op basis waarvan we archiveren
- 67 medewerkers namen deel aan 1 van de 16 trainingen
- 1 Teams kanaal om informatie snel te delen

- 1 SharePoint omgeving voor elke moederorganisatie
- 1 Manual, 1 Film en 1 FAQ

Dit plan van aanpak is opgesteld ter verbetering van het informatiebeheer bij de GGD Hart voor Brabant, GGD West-Brabant en de RAV Brabant Midden-West-Noord. Dit naar aanleiding van de verbeterpunten uit het toezichtverslag, waarnaar een directe verwijzing is gemaakt aan de hand van het KPlnr. Nieuwe (verbeter)punten die door nieuwe ontwikkelingen en/of wetgeving of inzichten ontstaan worden toegevoegd, het is dus een document dat continue in beweging is. In 2019 is dit plan van aanpak 'geboren', waarbij een risicoanalyse is gemaakt op alle verbeterpunten, en waarbij we een pragmatische aanpak om stap voor stap te verbeteren, gericht op de belangrijkste risico's die genoemd zijn door de toezichthouders, en waarbij gestreefd wordt om 1 a 2 risico's per jaar op te pakken. In 2022 is het overzicht geheel vernieuwd doordat de KPI's van VNG vernieuwd zijn. Voor dit nieuwe overzicht zijn de verbeterpunten uit het toezichtverslag 2022 de basis. Het plan van aanpak wordt vervolgens voor ieder nieuw jaar in een nieuwe tab opgesteld.

Historie:

Door de hoge personele DIV inzet op project DDOZD (uitfaseren Decos, looptijd eind 2019 tot en met december 2020) en de mindere beschikbaarheid van de MO's door de COVID-19 uitbraak in februari 2020, is dit in 2020 geresulteerd tot versnipperde acties. Begin 2022 is er gestart met het Programma Informatiehuishouding in control, wat in 2023 zal worden afgerond.

Hierin zijn de volgende projecten aan de orde gekomen:

Project 1: **Veilig opslaan, delen, samenwerken en archiveren** in relevante applicaties door iedere medewerker

Project 2: **Slim (o)verhuizen van netwerkschijven** naar M365 applicaties

Project 3: **Veiligstellen hotspot Corona, veiligstellen informatie en bestanden** Bepalen wel/niet archiveren

Project 4: **Herstarten archiveringsproces** Inrichting archiveringsproces team Informatiebeheer, versneld archiveren

Samenvatting plan van aanpak verbeterpunten informatiebeheer vanaf 2019

Schrijven informatiebeheer beleid.

Informatiebeheerplan opstellen.

Het inzichtelijk maken van welke processen risicovol zijn en hiervoor passend beheer inrichten.

Selectielijsten GGD/RAV opstellen

Een metadata-schema opstellen.

Een Bewustzijn(programma) voor medewerkers opstellen.

Handboek Vervanging

Opschonen fysiek en digitaal archief

SIO overleg ingesteld

Overbrengingsprocedure opstellen

Hotspots inventariseren

Schrijven informatiebeheer beleid.

Archiefverordeningen en Beheerregeling Informatiebeheer generiek opstellen

Een vernietigingsplan opstellen, opsplitsen in fysiek en digitaal

Metadata schema in SIO laten vaststellen ivm MDTO en aansluiting op e-depots

Begeleiden en adviseren bij het opslaan in M365

Inrichten, in gebruik nemen en toepassen archivering in M365 (inclusief het houden van periodieke gesprekken)

Optimale samenwerking met team Informatievoorziening/M365

Duidelijkheid verkrijgen in rollen en verantwoordelijkheden informatie- en archiefbeheer

Informatie- en archiefbeheer borgen door MO's adviseren en begeleiden in nieuwe wet- en

regelgeving

Opstellen van een fysiek- en digitaal bestandsoverzicht

Toelichting

2019: Beheerplan vastgesteld voor 3 jaar.

2019: start gemaakt met de informatiebeheerkaart, in 2020 on hold gezet. 2020: start gemaakt met inventarisatie applicatie

2019: start gemaakt met de informatiebeheerkaart, 2022 Procesbeheerlijst opgesteld

2020: selectielijsten 1996 en 2017 aangepast, vastgesteld en gepubliceerd.

2020: basisset opgeleverd

2020: communicatieplan onderdeel van DDOZD project

2020: vastgesteld

2020: Fysiek archief compleet opgeschoond.

2021: Eerste SIO overleg en SIO instellingsbesluit vastgesteld

2021: vastgesteld

2022: Hotspotlijst vastgesteld in SIO overleg 12 mei 2022

2022: Project 1 Veilig opslaan, delen, samenwerken en archiveren in 2022 opgeleverd

2022: per MO vastgesteld

2022: Vernietigingsplan, deel 1 fysiek vastgesteld

2023: Vernietigingsplan, deel 2 digitaal opstellen

2023: vaststellen in SIO overleg 2 mei 2023

2023: reguliere werkzaamheden

2023: inrichten en plannen

2023: is in werking

2023: opstellen

2023: is in werking

2023: is in werking

Het Plan van Aanpak is gebaseerd op de risicoanalyse HSC, GGD en RAV. We stelden daarbij een pragmatische aanpak voor om stap voor stap te verbeteren, gericht op alleen de (aller)belangrijkste risico's die genoemd door de toezichthouder.

	2019
Horizontale verantwoording Archiefwet 1995 via Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's)	Horizontale beoordeling
1 Lokale regelingen	Voldoen deels
2 Kwaliteitszorg	Voldoen niet
3 Ordening, authenticiteit	Voldoen deels
4 Digitale bescheiden	Niet onderzocht
5 Vernietiging en vervreemding	Voldoen niet
6 Overbrenging	Voldoen niet
7 Opslag analoge en digitale bescheiden	Voldoen deels
8 Beschikbaarstelling	Nvt
9 Rampen/calamiteiten	Voldoen niet
10 Middelen en mensen	Voldoen deels

KPI	Beoordeling 2019	Beoordeling 2021	Beoordeling 2022
1 Lokale regelingen (KPI 1 oud)	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet</i>	Voldoet
2 Middelen en mensen (KPI 10 oud)	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet deels</i>	Voldoet
3 Archief ruimten, applicaties, archiefbewaarplaatsen en e-depots (KPI 7 en 9 oud)	<i>Voldoet deels / voldoet niet (oude KPI 9)</i>	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet deels</i>
4 Interne kwaliteitszorg en toezicht (KPI 2)	<i>Voldoet niet</i>	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet deels</i>
5 Ordening, authenticiteit, context, toegankelijkheid en duurzaamheid archiefbescheiden (KPI 3 en 4 oud)	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet deels</i>	<i>Voldoet deels</i>
6 Vervanging, conversie/migratie, vernietiging en vervreemding van archiefbescheiden. (KPI 4 en 5 oud)	<i>Voldoet niet</i>	<i>Voldoet</i>	Voldoet
7 Overbrenging van archieven (KPI 6 oud)	<i>Voldoet niet</i>	<i>Voldoet</i>	Voldoet
8 Ter beschikkingstelling van naar de archiefbewaarplaats overgebrachte archiefbescheiden. (KPI 8 oud)	<i>Nvt</i>	<i>Nvt</i>	<i>Nvt</i>

Belang**Omschrijving**

Juridisch	Dit betreft mogelijkheid tot verantwoording en bewijsvoering. Bestuurlijke componenten zoals formele besluitvorming etc zijn hier een onderdeel van.
Financieel	Veel van de goederen, producten en activiteiten zijn op geld te waarderen. Daarnaast kan wanprestatie van de kant van de organisatie leiden tot een financiële claim.
Administratief	De informatie is een productiemiddel en is nodig voor de dagelijks gang van zaken.
Privacy	De archiefvormer moet de persoonlijke levenssfeer van medewerkers, bezoekers en nog levende personen waarvan persoonsgegevens voorkomen in de bestanden beschermen.
Goodwill	Goodwill is de meerwaarde van een organisatie boven het zichtbare eigen vermogen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de meerwaarde opgebouwd uit elementen als het netwerk van relaties, de organisatie(structuur), de reputatie, de vestigingsplaats, knowhow, en de aanwezigheid van opgeleid personeel.

Richtlijn voor het kwantificeren van 'ernst/gevolg', het effect dat het risico heeft op cliënt en/of organisatie

	Ernst/ gevolg	Cliënt	Organisatie	Kleur vak
8	Catastrofaal	Dood; permanente, levensveranderende invaliditeit en elke andere conditie waarvan de prognose hetzelfde luidt.	Leidt tot faillissement, sluiting of daarmee vergelijkbaar. Zeer kostbaar verlies van middelen/bezittingen; ernstig schenden, beschadigen of belemmeren van missie, reputatie of belangen van de organisatie. Dan wel schade van € 10 miljoen in een jaar tijd; vergt aandacht van de directie; reputatieherstel vergt meer dan 3 jaar.	
6	Ernstig	Ernstige verwonding waarvan herstel op korte termijn niet mag worden verwacht; ernstig psychologisch trauma.	Kostbaar verlies van middelen/bezittingen; schenden, beschadigen of belemmeren van missie, reputatie of belangen van de organisatie. Dan wel schade van € 5 – 10 miljoen in een jaar tijd; vergt aandacht van de directie; reputatieherstel vergt 1-3 jaar.	
4	Middelgrote ernst	Verwonding waarvan herstel op korte termijn mag worden verwacht; aanzienlijk psychologisch trauma.	Verlies van middelen/bezittingen; merkbare aantasting van missie, reputatie of belangen van de organisatie. Dan wel schade van € 1 – 5 miljoen in een jaar tijd; vergt aanzienlijke managementaandacht; reputatie wordt uitgebreid in media beschadigd.	
2	Vervelend, maar niet ernstig	Lichte verwonding waarvan herstel op korte termijn mag worden verwacht; psychologisch ongemak.	Nauwelijks merkbaar verlies van middelen/bezittingen; nauwelijks merkbare aantasting van missie, reputatie of belangen van de organisatie. Dan wel schade van € 1 miljoen in een jaar tijd; vergt enige management-aandacht; enige negatieve aandacht in media.	

Richtlijn voor het kwantificeren van 'kans', de kans dat het risico zich überhaupt voordoet

	Kans		Kleur vak
8	Zeer groot	Zal zeker of vrijwel zeker optreden. Een kans van 50% dat het binnen jaar optreedt; een kans van eens in de 2 jaar; een kans van 10 maal in de komende 20 jaar.	
6	Groot	Zeer goed mogelijk; zal in een groot deel van de gevallen optreden. Een kans van 20% dat het binnen een jaar optreedt; een kans van eens in de 5 jaar; een kans van 4 maal in de komende 20 jaar.	

4	Middelgroot	Mogelijk; optreden niet onwaarschijnlijk. Een kans van 10% dat het binnen een jaar optreedt; een kans van eens in de 10 jaar; een kans van 2 maal in de komende 20 jaar.	
2	Klein	Zou kunnen optreden, maar zal vrijwel in alle gevallen niet optreden. Een kans van 5% dat het binnen een jaar optreedt; een kans van eens in de komende 20 jaar.	

Tabel Kans x Ernst

Kans Dat het risico zich voordoet	Ernst De mate van ernst / effect dat het risico heeft op cliënt of organisatie			
	8 Catastrofaal	6 Ernstig	4 Matig	2 Klein
8 zeer grote kans dat het zich voordoet	64	48	32	16
6 grote kans dat het zich voor doet	48	36	24	12
4 middelgrote kans dat het zich voor doet	32	24	16	8
2 kleine kans dat het zich voor doet	16	12	8	4

Tabel: Classificatieschema voor informatiesystemen en informatiemiddelen

	Classificatie	Kenmerken	Kleur van vak
8	Vitaal	Het uitvoeren van de bedrijfsprocessen of het tot stand komen van producten/diensten is (nagenoeg) onmogelijk zonder de inzet van het informatiesysteem / informatiemiddel. De inzet ervan is van levensbelang voor een goede uitvoering van het bedrijfsproces. Het informatiesysteem / informatiemiddel is wezenlijk voor de beheersing of besturing van de bedrijfsactiviteiten (Onontbeerlijk voor het proces)	Red
6	Aanzienlijk	Het informatiesysteem / informatiemiddel levert een aanzienlijke bijdrage aan de activiteiten binnen het proces en/of het tot stand komen van producten / diensten. Slechts met grote, onevenredige inspanning is voortzetting van het proces mogelijk indien het informatiesysteem / informatiemiddel niet beschikbaar is. Inzet ervan heeft een positief effect op de doeltreffendheid en doelmatigheid van de organisatie. (Groot belang voor de ondersteuning – hoge beschikbaarheidseis)	Oranje
4	Nuttig	Het informatiesysteem / informatiemiddel levert een belangrijke bijdrage aan de activiteiten binnen het proces en/of het tot stand komen van producten / diensten. Voortzetting van het proces is mogelijk door het volgen van alternatieve procedures / activiteiten. Inzet ervan heeft een positief effect op de doeltreffendheid en doelmatigheid van de organisatie (Belangrijke ondersteuning voor het proces)	Geel
2	Support / Ondersteunend	Het informatiesysteem / informatiemiddel geeft support bij de activiteiten binnen het bedrijfsproces en is 'handig om te hebben'. (Kan eventueel gemist worden)	Groen

BEVINDINGEN INZAKE INFORMATIE- EN ARCHIEFBEHEER

Dagelijks Bestuur RAV Brabant Midden-West-Noord

31 mei 2023

Het Dagelijks bestuur van de RAV Brabant Midden-West-Noord is tijdens het Programma Informatiehuishouding in control in 2022 goed geïnformeerd. Hieronder dan ook een terugblik op de verbeterlagen die gemaakt zijn in 2022.

In 2022 heeft de organisatie van het team DIV grote stappen gezet in het verbeteren en optimaliseren van de informatiehuishouding en het archief- en -informatiebeheer. De uitvoering van het 'Programma informatiehuishouding in control' heeft deze vooruitgang mogelijk gemaakt. In deze terugblik wordt specifiek ingegaan op het Programma en wordt een relatie gelegd met de verbeterpunten en aanbevelingen uit het verslag archieftoezicht 2021.

Programma informatiehuishouding in control

Het 'Programma informatiehuishouding in control' is gestart in 2022. De reden voor het opzetten van het Programma was dat de informatiehuishouding bij de moederorganisaties (MO's) niet op orde was. Dit was gebleken uit de verkenning Informatiehuishouding. Hierin stond een beschrijving van de bestaande situatie ten aanzien van de informatiehuishouding, het Verslag Archieftoezicht 2019, het verbeterplan van de GGD Hart voor Brabant en de resultaten van de Corona hotspot inventarisatie. Op basis hiervan zijn zes speerpunten benoemd om te gaan voldoen aan de wettelijke kaders Archiefwet 1995. Het gaat om:

- Vaststellen Governance Informatiebeheer HSC
- Veilig opslaan en archiveren in relevante applicaties door iedere medewerker
- Slim (o)verhuizen van netwerkschijven
- Veiligstellen hotspot Corona Veiligstellen informatie en bestanden
- Herstarten archivering DIV Afronden en herstarten archivering, prioriteit Hotspot Corona informatie
- Informatiebeheerplan van team DIV

Het Programma is ingericht op basis van de zes speerpunten. Hierbij zijn vier projecten benoemd:

- Veilig opslaan, delen en archiveren in relevante applicaties door iedere medewerker
- Slim (o)verhuizen van netwerkschijven naar Microsoft Office 365 (M365) applicaties
- Veiligstellen hotspot Corona informatie en bestanden
- Herstarten archiveringsproces.

De twee speerpunten Vaststellen Governance Informatiebeheer HSC en het Informatiebeheerplan van team DIV zijn reguliere taken. Die worden verder vormgegeven aan de hand van de resultaten / producten vanuit het Programma. Hierna worden eerst de vier projecten besproken en daarna komen de organisatorische ontwikkelingen van team DIV aan bod.

Project: Veilig opslaan, delen en archiveren in relevante applicaties door iedere medewerker

Doel van het project is het ontwikkelen van beleid, richtlijnen en werkwijzen voor het opslaan en archiveren van informatie. Daarnaast wordt er een methode ontwikkeld die ervoor moet zorgen dat alle GGD/RAV-medewerkers op de nieuwe manier gaan werken.

In het project zijn in de loop van 2022 de volgende resultaten of deelresultaten behaald:

- Er zijn een visie, beleid, regels en minimale digitale vaardigheden ontwikkeld en geformuleerd om veilig op te slaan, te delen, samen te werken en te archiveren. Eind 2022 moeten deze formeel vastgesteld worden door het MT nadat ze in de OR besproken zijn. Meer specifiek zijn de volgende deelresultaten bereikt:
 - Vaardigheden digitale archief- en informatiebeheer
 - o De digitale vaardigheden aan persona's zijn met elke MO besproken.
 - o Er is in kaart gebracht welke opleidingsmaterialen er al zijn bij de MO's en welke nog moeten worden ontwikkeld.
 - o Inzicht is verkregen in de mogelijke systemen voor toetsing- en trainingsmethodiek. Een vaardigheidstrainer voor digitale vaardigheden is ingericht. Ook deze moet ter instemming nog naar de OR.
- Er is een beheerplan ingericht.
- Er is per MO een communicatiestrategie opgesteld in samenwerking met het Programma NEN7510.

Project: Slim (o)verhuizen van netwerkschijven naar M365 applicaties

Doel van het project is dat medewerkers van teams en projecten de informatie verhuizen, conform richtlijnen, van de 'oude netwerkschijven' naar de M365-omgeving. De schijven worden hierna afgesloten. Er blijft mogelijk een kleine groep aan 'probleemschijven' over.

In het project zijn in de loop van 2022 de volgende resultaten of deelresultaten behaald:

- Alle netwerkschijven zijn opgeschoond en dichtgezet zodat de documenten niet meer gemuteerd kunnen worden.
- De meeste mappen zijn opgeschoond conform de planning. En er is een overzicht van documenten die niet zijn verhuisd. Vastgesteld is wat met deze documenten te doen. Voor de GGD Noord Oost Gelderland (NOG) geldt dat dit nog moet plaatsvinden.
- Er is gecontroleerd of er volgens de werkinstructies gewerkt is in de documentbibliotheken van de archiefsites. Voor NOG moet dat nog gebeuren. De archiefsites zijn op alleen lezen gezet. Er is een aanvraagproces voor de toegang ingericht.
- De werkwijze is gevalideerd bij de informatiebeveiligingsadviseurs, CISO's en FG's.
- Een werkwijze is ingericht in samenwerking met de informatiebeveiligingsadviseurs, CISO's en FG's over hoe we om gaan met gevoelige documenten binnen M365.
- De informatie met bijzondere persoonsgegevens is naar een veilige omgeving (blob) overgebracht en er is een aanvraagproces voor medewerkers ingericht.
- Netwerkschijven (:N/:L/:G) met bestanden met systeemkoppelingen blijven bestaan.

Project: Veiligstellen hotspot Corona informatie en bestanden

Doel van dit project is dat op korte termijn informatie en bestanden (zoals nu vastgelegd in de 50+ SharePoint sites) van de 'hotspot' veiliggesteld worden en bepaald wordt welke hiervan gearchiveerd moeten worden.

In het project zijn in de loop van 2022 de volgende resultaten of deelresultaten behaald:

- Met medewerkers is een planning afgesproken om de mappen op te schonen. Vervolgens is steekproefsgewijs gecontroleerd of medewerkers volgens de instructies uit de handleiding hebben gewerkt (alleen GGD Noord Oost Gelderland nog).
- De Corona Hotspots zijn gecontroleerd en er heeft terugkoppeling plaatsgevonden aan de Corona programma managers in het geval dat data niet goed is veiliggesteld.
- De Corona Archiefmappen zijn op alleen lezen gezet.

Project: Herstarten archiveringsproces

Doel van het project is het inrichten van het archiveringsproces (incl. werkafspraken wie/wat/wanneer als op de 'archiefnop' wordt gedrukt) met behulp van SharePoint en het ervoor zorgen dat het team DIV ermee aan de slag kan en gaat. Prioriteit krijgt archivering van Corona informatie: team DIV wordt hiervoor aangevuld met enkele tijdelijke collega's.

In het project zijn in de loop van 2022 de volgende resultaten of deelresultaten behaald:

- Naar aanleiding van de procesanalyse is de processenlijst gevalideerd en gecompleteerd.
- Het ingerichte archiveringsproces is in de praktijk getest bij een aantal teams.
- Er is een plan van aanpak voor de functionele uitrol van het archiveringsproces opgesteld.
- De beheerprocessen die horen bij het archiveringsproces zijn uitgewerkt.
- Werkinstructies, instructievideo's en trainingen zijn gemaakt voor de medewerkers.
- De technische implementatie en uitrol (HSC tenant) is opgestart en loopt. In november 2022 is gestart met de implementatie in de GGD NOG tenant.
- Alle site-eigenaren zijn uitgenodigd voor een verplichte training.
- Uitloop is er door dubbele acties voor implementatie RM bij GGD NOG in verband met de tweede tenant. En er bleken uitdagingen te zijn bij het implementeren vanwege de diversiteit aan SharePoint sites.

Organisatorische ontwikkelingen van team DIV

Tijdens de uitvoering van het Programma is de transitie van fysiek naar digitaal werken verder doorgezet. Taken en activiteiten zijn meer en meer gericht op de digitale archivering- en informatiebeheer. Ook de complexiteit van de archivering neemt toe omdat informatieveiligheid en ettelijke vereisten nadrukkelijker een rol spelen. Dat heeft tot de volgende ontwikkelingen geleid:

- De inrichting van de beheerorganisatie is afgestemd op de vereisten van het archiveringsproces.
- Definiëren van de benodigde skills/rol en het vaststellen of het huidige team hieraan voldoet. Hierbij is zo veel mogelijk uitgegaan van de in huis zijnde of ontwikkelbare capaciteiten. Capaciteiten die niet in huis zijn of ontwikkeld kunnen worden geworven.

- De werving van de records manager is gestart tijdens de implementatie van de archiveringsoplossing in Q3. Hierdoor kan de records manager al tijdens de implementatie een rol spelen.
- Er is een opleidingsplan opgesteld dat eind 2022 start. Om een beeld te geven van de transitie qua bezetting en verandering van functies volgt hieronder een overzicht van het oude team DIV en M365 en het nieuwe team informatiebeheer van de beheerorganisatie:

Huidige situatie team DIV en M365

- 1 fte functioneel beheerder M365
- 1 fte adviseur M 365
- 3,2 fte team DIV

Team informatiebeheer

- 1 fte functioneel beheerder M365
- 1 fte adviseur M 365
- 2,7 fte informatiecoach
- 0,67 fte adviseur archief- wetgeving
- 1fte recordmanager

Door deze organisatorische ontwikkeling / transitie naar het team informatiebeheer is een grote stap gezet naar een archief- en informatiebeheer dat in control is. Een aandachtspunt is of 1 recordmanager voldoende is voor de komende jaren. Door periodiek te monitoren kan er inzicht verkregen worden of dat zo is.



Brabant Midden-West-Noord

AB 23.010

Vergadering Algemeen Bestuur

Datum vergadering 5 juli 2023

Onderwerp Diverse verordeningen

Afzender Dagelijks Bestuur

Korte omschrijving en advies DB Na vaststelling van het wetsvoorstel voor de rechtmatigheidsverantwoording moet het (RAV-) bestuur vanaf het boekjaar 2023 in de jaarstukken zelf een rechtmatigheidsverantwoording afgeven. De externe accountant geeft dan alleen een oordeel over de getrouwheid van de jaarrekening. De rol van accountant en bestuur veranderen dus. Daardoor is het nodig om een aantal verordeningen aan te passen. Wij bieden ter vaststelling aan enkele verordeningen, een protocol en een normenkader. Met als leidraad de VNG-modelverordening verduidelijkten we de bestaande verordeningen op een aantal punten en maakten de tekst leesbaarder. We schraptten de bijlagen: het zijn standaardtoelichtingen die inhoudelijk niets toevoegen. Na vaststelling brengen we alle regelingen en het beleid samen in het interne controleplan dat we in 2023 vaststellen. Voor de uitvoering en de borging van het werk na de invoering trekken we samen op met de GGD West-Brabant en de GGD Hart voor Brabant (en Hét Servicecentrum). Hieronder een korte toelichting op de verschillende stukken.

Financiële verordening

Met deze verordening - verplicht op grond van artikel 212 van de Gemeentewet - voldoet u aan de regels rond het financieel beheer en werkt u de artikelen 16 en 20 van onze gemeenschappelijke regeling uit. We pasten met name paragraaf 3 over rechtmatigheidsverantwoording aan naar aanleiding van de laatste regels omtrent de rechtmatigheidsverantwoording.

In artikel 8 staat nu een verantwoordingsgrens van 3% (eerder was die grens 1%). Dit heeft geen effect op de uit te voeren werkzaamheden. Omdat we intern niet alleen de rechtmatigheid maar ook de getrouwheid van de jaarstukken controleren blijven we, vanuit efficiency, de interne controle met een grens van 1% tolerantie uitvoeren. Echter omdat op dit moment de regelgeving en de interpretatie hiervan nieuw is voor ons en onze accountant kunnen in de praktijk interpretatieverschillen ontstaan in de exacte uitvoering. Door de verantwoordingsgrens op 3% te stellen creëren we hier ruimte voor en ondervangen we het risico op vertraging van de jaarrekening 2023 e.v. als gevolg van deze interpretatieverschillen. De verhoging van 1% naar 3% heeft geen invloed op de diepgang van de interne controlewerkzaamheden (zoals gezegd blijven we deze met een grens van 1% uitvoeren). Daarnaast is ook de informatievoorziening aan uw bestuur gewaarborgd door het vaststellen van een separatie rapporteringstolerantie van €100.000 voor rechtmatigheidsbevindingen.

Controleverordening, controleprotocol en normenkader

De controleverordening is verplicht op grond van artikel 213 van de Gemeentewet. De volgorde van de artikelen pasten we aan naar de VNG-modelverordening, inhoudelijk zijn er geen wijzigingen ten opzichte van onze vorige verordening. Als uitwerking van artikel 2, lid 6 van de controleverordening wordt aan het Algemeen Bestuur ter vaststelling een controleprotocol voorgelegd met aanpassingen in het overzicht van de wet- en regelgeving die gelden voor de RAV.

Er zijn geen grote wijzigingen in het controleprotocol. Omdat u het controleprotocol voor meerdere jaren vaststelt en het normenkader wijzigt bij wijzigingen in wet- en regelgeving, staat het normenkader in een apart stuk. U actualiseert het zo nodig jaarlijks. Deze versie van het normenkader is ten opzichte van de eerdere versie geactualiseerd en uitgebreid met een aparte sectie van relevante wet- en regelgeving van het primaire proces van de RAV. Rechtmatigheid is gericht op wet- en regelgeving met daarin financiële beheershandelingen. In de volgende wetten staan die niet en die staan daarom niet langer in het normenkader:

- Algemene verordening gegevensbescherming en Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming;
- Archiefwet 1999 en Archiefbesluit 1995;
- Wet op de ondernemingsraden;
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- Wet arbeidsomstandigheden;

- Geneesmiddelenwet;
- Arbeidstijdenwet.

Natuurlijk moet de RAV deze regels ook naleven, maar bij het opstellen van de rechtmatigheidsverantwoording spelen ze geen rol.

Beslispunten Vaststellen door het Algemeen Bestuur van:

- de Financiële verordening RAV Brabant MWN 2023;
- de Controleverordening RAV Brabant MWN 2023;
- het Controleprotocol RAV Brabant MWN 2023;
- het Normenkader RAV Brabant MWN 2023.

Gevolgen voor de gemeenten n.v.t.

Beslissing Algemeen Bestuur Aldus wordt besloten,

De voorzitter,

De secretaris,

- Bijlagen**
- a. Financiële verordening RAV Brabant MWN 2023;
 - b. Controleverordening RAV Brabant MWN 2023;
 - c. Controleprotocol RAV Brabant MWN 2023;
 - d. Normenkader RAV Brabant MWN 2023.

Financiële verordening RAV Brabant Midden-West-Noord 2023

Het algemeen bestuur van de RAV Brabant Midden-West-Noord;

- gelezen het voorstel van het dagelijks bestuur;
- gelet op artikel 212, eerste lid, van de Gemeentewet;

besluit vast te stellen de *Financiële verordening RAV Brabant Midden-West-Noord 2023*

Paragraaf 1. Algemene bepalingen

Artikel 1. Definities

In deze verordening wordt verstaan onder:

- administratie: het systematisch verzamelen, vastleggen, verwerken en verstrekken van informatie ten behoeve van het besturen, functioneren en beheersen van de RAV Brabant Midden-West-Noord en de verantwoording die daarover moet worden afgelegd.
- RAV: Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord
- overheidsbedrijf: onderneming met privaatrechtelijke rechtspersoonlijkheid, niet zijnde een personenvennootschap met rechtspersoonlijkheid, waarin de RAV Brabant Midden-West-Noord, al dan niet tezamen met een of meer andere publiekrechtelijke rechtspersonen, in staat is het beleid te bepalen of een onderneming in de vorm van een personenvennootschap, waarin een publiekrechtelijke rechtspersoon deelneemt.
- rechtmatigheidsverantwoording: de rapportage van het dagelijks bestuur, waarbij aangegeven wordt in welke mate de totstandkoming van de financiële beheershandelingen en de vastlegging daarvan overeenstemmen met de relevante wet- en regelgeving.

Paragraaf 2. Begroting en verantwoording

Artikel 2. Vaststelling programma-indeling en paragrafen

1. Het algemeen bestuur stelt op voorstel van het dagelijks bestuur een programma-indeling vast.
2. Het algemeen bestuur stelt op voorstel van het dagelijks bestuur per programma vast:
 - a. de taakvelden, en
 - b. de beleidsindicatoren. Het voorstel van het dagelijks bestuur bevat in ieder geval de verplichte beleidsindicatoren, bedoeld in artikel 25, tweede lid, onder a, van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten.
3. Het algemeen bestuur stelt vast over welke onderwerpen zij in extra paragrafen naast de verplichte paragrafen van de begroting en de jaarstukken kaders wil stellen en wil worden geïnformeerd.

Artikel 3. Inrichting begroting en jaarstukken

1. De RAV heeft op dit moment één programma: het programma RAV Brabant Midden-West-Noord.
2. In de begroting en de jaarstukken staan de baten en lasten per programma.
3. In de begroting en de jaarstukken zit een overzicht van de baten en lasten per taakveld.
4. Bij de uiteenzetting van de financiële positie in de begroting wordt in aanvulling op het bepaalde in de artikelen 20 en artikel 21 van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten inzicht gegeven in de ontwikkeling van de schuldpositie als gevolg van de begroting, de meerjarenraming en de investeringen.
5. In de jaarrekening wordt van de investeringen de uitputting van de geautoriseerde investeringskredieten en de actuele raming van de totale uitgaven en inkomsten weergegeven.
6. In het overzicht van de geraamde incidentele baten en lasten worden posten van materiële omvang afzonderlijk gespecificeerd.

Artikel 4. Kaders begroting en meerjarenraming

1. Het dagelijks bestuur biedt voor 1 februari jaar t-1 aan het algemeen bestuur ter kennisgeving een nota aan met een voorstel voor het beleid en de financiële kaders van de begroting voor het volgende begrotingsjaar.

Artikel 5. Autorisatie begroting en investeringskredieten

1. Het algemeen bestuur autoriseert met het vaststellen van de begroting de baten en de lasten per programma.
2. Nieuwe investeringskredieten worden bij de begrotingsbehandeling met het vaststellen van de financiële positie geautoriseerd.
3. Het dagelijks bestuur informeert het algemeen bestuur als zij verwachten, dat de lasten van een programma of een prioriteit de geautoriseerde lasten dreigen te overschrijden, de investeringsuitgaven van een investeringskrediet het geautoriseerde investeringskrediet dreigen te overschrijden, of de baten van een programma of een prioriteit de geautoriseerde baten dreigen te onderschrijden. Het algemeen bestuur geeft aan of zij een voorstel wil voor het wijzigen van de geautoriseerde lasten van het programma of de prioriteit, voor het wijzigen van het geautoriseerde investeringskrediet, of voor het bijstellen van het beleid.
4. Indien na het constateren van een (dreigende) overschrijding er geen bestuursvergadering meer is in het lopende begrotingsjaar dan is het dagelijks bestuur bevoegd om uitgaven voor deze investeringen toch te doen voor zover deze passen binnen het beleid van de RAV. Daarnaast dient het dagelijks bestuur over deze investeringen te rapporteren in de jaarrekening en/of het jaarverslag waarin deze uitgaven tot uiting komen.

Artikel 6. Tussentijdse rapportages

1. De directie informeert het dagelijks bestuur door middel van bestuursrapportages over de realisatie van de begroting over de eerste 8 maanden van het boekjaar.
2. In de bestuursrapportage staat een toelichting op de materiële afwijkingen op de oorspronkelijke ramingen van de baten en lasten en investeringskredieten in de begroting.

Artikel 7. Jaarstukken

1. Gelijktijdig met het aanbieden van de jaarstukken biedt het dagelijks bestuur het algemeen bestuur het voorstel aan over de bestemming van het jaarrekeningresultaat.
2. Vooruitlopend op het bestemmingsvoorstel over het jaarrekeningresultaat kan het dagelijks bestuur het algemeen bestuur voorstellen om restantmiddelen op onderdelen van het rekeningresultaat over te hevelen naar het volgende begrotingsjaar.

Paragraaf 3. Rechtmatigheidsverantwoording

Artikel 8. Verantwoordings- en rapportagegrens rechtmatigheidsverantwoording

1. Het algemeen bestuur stelt vast op welke wijze zij door middel van de paragraaf bedrijfsvoering van de begroting en de jaarstukken, naast de verplichte onderdelen van deze paragraaf, wil worden geïnformeerd over rechtmatigheid.
2. In de rechtmatigheidsverantwoording bij de jaarrekening rapporteert het dagelijks bestuur aan het algemeen bestuur over afwijkingen met een verantwoordingsgrens van 3% van de totale lasten van de RAV, inclusief de dotaties aan de reserves.
3. In de paragraaf bedrijfsvoering worden de geconstateerde afwijkingen (fouten of onduidelijkheden) nader toegelicht. Hiervoor wordt een rapporteringstolerantie gehanteerd van 0,1% van de totale lasten (inclusief toevoegingen aan reserves), met een ondergrens van €100.000.

Artikel 9. Voorwaardencriterium

1. Het voorwaardencriterium is het criterium van rechtmatigheid, dat betrekking heeft op de eisen die worden gesteld bij de uitvoering van de financiële beheershandelingen. De eisen/voorwaarden zijn afkomstig uit diverse wet- en regelgeving en hebben betrekking op aspecten als doelgroep, termijn, grondslag, administratieve bepalingen, normbedragen, bevoegdheden, bewijsstukken, recht, hoogte en duur.
2. Het dagelijks bestuur biedt het algemeen bestuur jaarlijks ter kennisname een normenkader rechtmatigheid aan. Dit kader bestaat uit alle relevante (interne) wet- en regelgeving waaruit financiële beheershandelingen kunnen voortvloeien. Indien uit de actualisatie van het normenkader wijzigingen blijken, wordt het gewijzigde normenkader ter vaststelling aan het algemeen bestuur voorgelegd.

Artikel 10. Begrotingscriterium

1. Het begrotingscriterium is een criterium van rechtmatigheid dat betrekking heeft op de grenzen van de baten en lasten in de door het algemeen bestuur geautoriseerde begroting van exploitatie en investeringskredieten en de hiermee samenhangende programma's, waarbinnen de financiële beheershandelingen tot stand moeten zijn gekomen;
2. De begrotingsrechtmatigheid wordt beoordeeld op het niveau waarop de begroting door het algemeen bestuur is geautoriseerd, zoals is opgenomen in artikel 5.
3. Bij investeringsprojecten wordt de begrotingsrechtmatigheid beoordeeld op het niveau van het totaal gevoteerde kredietbedrag. Een overschrijding van het jaarbudget, passend binnen het totaal bedrag van het krediet, wordt daarmee als rechtmatig beschouwd.
4. Uitgangspunt is dat iedere afwijking van de begroting als onrechtmatig wordt beschouwd. Afwijkingen worden als acceptabel aangemerkt in de volgende situaties:
 - a. Er is sprake van een overschrijding waarbij direct gerelateerde inkomsten de overschrijding compenseren.
 - b. Er is sprake van een overschrijding op een open-einde regeling.
 - c. De overschrijding is geautoriseerd door middel van de vaststelling van een tussentijdse rapportage.
 - d. Begrotingsonrechtmatigheden die passen binnen het bestaande beleid van de RAV.
5. Begrotingsonrechtmatigheden die passen binnen het bestaande beleid van het algemeen bestuur, worden opgenomen in de rechtmatigheidsverantwoording (voor zover de verantwoordingsgrens voor afzonderlijke fouten of onduidelijkheden is overschreden), maar worden niet nader toegelicht in de paragraaf bedrijfsvoering.

Artikel 11. Misbruik en oneigenlijk gebruik-criterium

1. Het misbruik en oneigenlijk gebruik-criterium is het criterium van rechtmatigheid, dat betrekking heeft op het voorkomen, detecteren en corrigeren van misbruik en oneigenlijk gebruik van overheidsmiddelen en eigendommen bij financiële beheershandelingen.
2. Het dagelijks bestuur zorgt voor en legt de regels vast voor het voorkomen van misbruik en oneigenlijk gebruik van regelingen van de gemeenschappelijke regeling en haar eigendommen.

Paragraaf 4. Financieel beleid

Artikel 12. Waardering en afschrijving vaste activa

1. De RAV activeert materiële vaste activa met een meerjarig maatschappelijk of economisch nut onder aftrek van bijdragen van derden.
2. De RAV schrijft materiële vaste activa af volgens de methoden en termijnen zoals vermeld in de nota waardering en afschrijving.
3. De RAV activeert financiële vaste activa voor zover het betreft:
 - a. kapitaalverstrekkingen aan deelnemingen, gemeenschappelijke regelingen of verbonden partijen;
 - b. verstrekte leningen aan deelnemingen of verbonden partijen;
 - c. andere langlopende verstrekte leningen.
4. De RAV waardeert kapitaalverstrekkingen aan deelnemingen, gemeenschappelijke regelingen of verbonden partijen tegen verkrijgingsprijs waarbij eventuele structurele waardermineringen in mindering worden gebracht op de verkrijgingsprijs.
5. De RAV waardeert verstrekte leningen aan derden tegen nominale waarde.
6. De RAV brengt kosten voor het afsluiten van geldleningen direct ten laste van de exploitatie.
7. Investeringsprojecten die zijn geactiveerd vóór de inwerkingtreding van deze verordening worden afgeschreven volgens de destijds vastgestelde afschrijvingstermijnen en methodiek.

Artikel 13. Reserves en voorzieningen

1. In de begroting, het jaarverslag en de jaarrekening vindt geen toerekening van rente over de reserves en voorzieningen aan de taakvelden plaats.
2. Het dagelijks bestuur biedt het algemeen bestuur periodiek een nota reserves en voorzieningen aan. Deze nota wordt door het algemeen bestuur vastgesteld en behandelt in ieder geval:
 - a. de vorming en besteding van reserves;
 - b. de vorming en besteding van voorzieningen, en

- c. bij welke specifiek benoemde producten en/of taakvelden het verschil tussen het geraamde saldo van baten en lasten en het gerealiseerde saldo van baten en lasten mogen worden verrekend met een daartoe in het leven geroepen reserve.
3. Bij een voorstel voor de instelling van een bestemmingsreserve voor een investeringsvoornemen wordt in ieder geval aangegeven:
 - a. het specifieke doel van de reserve;
 - b. het bestedingsplan van de reserve
 - b. de voeding van de reserve;
 - c. de maximale hoogte van de reserve, en
 - d. de maximale looptijd.
 4. Als een bestemmingsreserve voor een investeringsvoornemen binnen de aangegeven maximale looptijd niet heeft geleid tot een investering, valt de bestemmingsreserve vrij en wordt deze aan de algemene reserve toegevoegd.

Artikel 14. Kostprijsberekening

1. Voor het bepalen van de kostprijs van goederen en diensten hanteert de RAV een extra-comptabel systeem van kostentoerekening en betreft daarbij de directe kosten en de indirecte kosten.
2. Bij de kosten betreft de RAV de bijdragen aan en de onttrekkingen van voorzieningen voor de noodzakelijke vervanging van de betrokken activa en de kapitaallasten van de activa die in gebruik zijn.

Artikel 15. Prijzen economische activiteiten

Voor de levering van goederen, diensten of werken, leningen of garanties en het verstrekken van kapitaal aan overheidsbedrijven en derden waarmee de RAV in concurrentie met marktpartijen treedt, brengt hij ten minste de geraamde integrale kostprijs in rekening. Bij afwijking doet het dagelijks bestuur vooraf voor elk van deze activiteiten apart een voorstel aan het algemeen bestuur, met daarbij de motivatie van het publiek belang van de activiteit.

Artikel 16. Financieringsfunctie

1. Het dagelijks bestuur neemt, in aanvulling op de regels uit de Wet financiering decentrale overheden, bij het uitzetten van middelende volgende richtlijnen in acht:
 - a. De RAV zet middelen alleen uit voor de uitoefening van de publieke taak. Het dagelijks bestuur motiveert in haar besluit het openbaar belang van zo'n uitzetting van middelen.
 - b. Bij uitzettingen is minimaal de hoofdsom gegarandeerd.
 - c. De RAV houdt gelden aan in 's Rijks schatkist, rekening houdend met de uitzonderingen die in de Wet financiering decentrale overheden staan.
 - d. Andere middelen kan de RAV in de vorm van leningen uitzetten bij andere openbare lichamen.
 - e. Het kopen van aandelen is uitgesloten, behalve als de RAV deze koopt in het kader van de uitoefening van de publieke taak.
 - f. Het kopen van derivaten is uitgesloten.
2. Het dagelijks bestuur neemt, in aanvulling op de regels uit de Wet financiering decentrale overheden, bij het aangaan van leningen de volgende richtlijnen in acht:
 - a. Voor het aantrekken van financieringen met een looptijd langer dan één jaar vraagt hij tenminste twee prijsopgaven op bij verschillende financiële instellingen.
 - b. Hij gaat geen leningen aan met alleen het doel de aangetrokken gelden tegen een hoger rendement uit te zetten.
3. Het dagelijks bestuur informeert het algemeen bestuur vooraf als de wettelijke kasgeldlimiet, bedoeld in artikel 1, onder f, van de Wet financiering decentrale overheden, of de wettelijke renterisiconorm, bedoeld in artikel 1, onder h, van de Wet financiering decentrale overheden dreigt te overschrijden.
4. Bij het verstrekken van leningen, garanties en risicodragend kapitaal bedingt het dagelijks bestuur indien mogelijk zekerheden.
5. Bij het verstrekken van een garantie wordt een voorziening ten laste van de begroting gevormd ter grote van het risico dat de RAV met de garantie loopt. Als in de begroting niet is voorzien in het budget voor deze voorziening, doet het dagelijks bestuur vooraf aan de garantieverlening een voorstel aan het algemeen bestuur voor een begrotingswijziging.

Paragraaf 5. Paragrafen bij de begroting en jaarstukken

Artikel 17. Financiering

In de paragraaf financiering bij de begroting en de jaarstukken neemt het dagelijks bestuur de onderdelen op die artikel 13 van het BBV verplicht stelt.

Artikel 18. Weerstandsvermogen en risicobeheersing

1. Het dagelijks bestuur neemt in de paragraaf weerstandsvermogen en risicobeheersing van de begroting en de jaarstukken in ieder geval de verplichte onderdelen op grond van artikel 11 van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten op.
2. Het dagelijks bestuur brengt in beeld of de weerstandscapaciteit van de RAV toereikend is in relatie tot de risico's.

Artikel 19. Onderhoud kapitaalgoederen

1. Het dagelijks bestuur neemt in de paragraaf onderhoud kapitaalgoederen van de begroting en de jaarstukken in ieder geval de verplichte onderdelen op grond van artikel 12 van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten op.

Artikel 20. Bedrijfsvoering

1. Het dagelijks bestuur neemt in de paragraaf bedrijfsvoering van de begroting en de jaarstukken naast de verplichte onderdelen op grond van artikel 14 van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten in ieder geval op:
 - a. een toelichting op alle afwijkingen in rechtmatigheid, die in de rechtmatigheidsverantwoording zijn opgenomen, voor zover deze de rapportagegrens, zoals bedoeld in artikel 8 overschrijden en eventueel welke maatregelen worden genomen om deze afwijkingen in de toekomst te voorkomen;
 - b. een overzicht van en toelichting op niet-financiële onrechtmatigheden in verband met het niet naleven van bepalingen in de Wet financiering decentrale overheden en de bijbehorende ministeriële regelingen, als deze voorkomen;
 - c. rapportage van het veelvuldig niet naleven van normen uit de gids proportionaliteit en/of slechte documentatie of naleving hiervan, als deze voorkomen;
 - d. geconstateerde fraude door eigen medewerkers, als dit voorkomt.

Artikel 21. Verbonden partijen

Bij de begroting en de jaarstukken neemt het dagelijks bestuur in de paragraaf verbonden partijen de onderdelen op die artikel 15 van het BBV verplicht stelt.

Paragraaf 6. Financiële organisatie en financieel beheer

Artikel 22. Administratie

1. De administratie is zodanig van opzet en werking, dat zij in ieder geval dienstbaar is voor:
 - a. het sturen en het beheersen van activiteiten en processen in de RAV als geheel en in de afdelingen;
 - b. het verstrekken van informatie over ontwikkelingen in de omvang van de vaste activa, voorraden, vorderingen, schulden, contracten;
 - c. het verschaffen van informatie over uitputting van de toegekende budgetten en investeringskredieten en voor het maken van kostencomputaties;
 - d. het verschaffen van informatie over indicatoren met betrekking tot de productie van goederen en diensten en de maatschappelijke effecten van het beleid van de RAV;
 - e. het afleggen van verantwoording door het dagelijks bestuur aan het algemeen bestuur over de rechtmatigheid, de doelmatigheid en de doeltreffendheid van het gevoerde bestuur in relatie tot de gestelde beleidsdoelen, de begroting en relevante wet- en regelgeving, en de controle van de registratie van gegevens als zodanig en van de daaraan ontleende informatie, alsmede voor de controle op de rechtmatigheid, de doelmatigheid en de doeltreffendheid van het gevoerde bestuur in relatie tot de gestelde beleidsdoelen, de begroting en relevante wet- en regelgeving.

Artikel 23. Financiële organisatie

1. Het dagelijks bestuur draagt in ieder geval zorg voor:
 - a. een eenduidige indeling van de RAV en een eenduidig toewijzing van de taken aan de onderdelen;
 - b. een adequate scheiding van taken, functies, bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
 - c. de verlening van mandaten en volmachten voor het aangaan van verplichtingen ten laste van de toegekende budgetten en investeringskredieten;
 - d. de interne regels voor taken en bevoegdheden, de verantwoordingsrelaties en de bijbehorende informatievoorziening van de financieringsfunctie;
 - e. de te maken afspraken met de organisatieonderdelen over de te leveren prestaties, de daarvoor beschikbare middelen en de wijze en frequentie van rapportage over de voortgang van de activiteiten en uitputting van middelen;
 - f. de kostenverdeelsleutels voor het eenduidig toewijzen van de lasten en baten aan de producten van de productenraming en de productrealisatie;
 - g. het beleid en de interne regels voor de inkoop en de aanbesteding van goederen, werken en diensten;
 - h. het beleid en de interne regels voor het voorkomen van fraude van regelingen en eigendommen van de gemeenschappelijke regeling, opdat aan de eisen van rechtmatigheid, controle en verantwoording wordt voldaan.

Artikel 24. Interne controle

1. Het dagelijks bestuur draagt zorg voor de jaarlijkse interne toetsing van de getrouwheid van de informatieverstrekking en de rechtmatigheid van de beheershandelingen. Bij afwijkingen rapporteert het dagelijks bestuur daarover in de rechtmatigheidsverantwoording, zoals beschreven in artikel 21, lid 1 onder a. Daarnaast informeert het dagelijks bestuur het algemeen bestuur over genomen maatregelen tot herstel van de tekortkomingen.
2. Het dagelijks bestuur zorgt voor de systematische controle van de administratie en de ontwikkeling van de bezittingen en het financieel vermogen van de RAV met dien verstande dat de waardepapieren, de voorraden, de uitstaande leningen, de debiteurenvorderingen, de liquiditeiten, de opgenomen leningen, de kortlopende schulden en de vorderingen van crediteuren jaarlijks worden gecontroleerd en registergoederen en bedrijfsmiddelen ten minste eenmaal per jaar. Bij afwijkingen in de administratie neemt het dagelijks bestuur maatregelen tot herstel van de tekortkomingen.

Paragraaf 7. Slotbepalingen

Artikel 25. Intrekking oude verordening

De financiële verordening RAV Brabant Midden-West-Noord 2021 wordt ingetrokken, met dien verstande dat zij van toepassing blijft op de jaarrekening en het jaarverslag en bijbehorende stukken van het begrotingsjaar voorafgaand aan het jaar waarin deze verordening in werking treedt en op de begroting, jaarrekening en jaarverslag en bijbehorende stukken van het begrotingsjaar dat samenvalt met het jaar waarin deze verordening in werking treedt indien en voor zover deze op moment van vaststelling van deze verordening nog niet zijn opgesteld.

Artikel 27. Inwerkingtreding en citeertitel

1. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2023.
2. Deze verordening heet: *Financiële verordening RAV Brabant Midden-West-Noord 2023*.

Vastgesteld in de vergadering van het algemeen bestuur van 5 juli 2023,

de secretaris,
J. de Waard

de voorzitter,

Bijlage afschrijvingsbeleid

bijlage bij artikel 13 van de Financiële verordening RAV Brabant Midden-West-Noord 2023

Afschrijvingsbeleid materiele vaste activa met economisch en/of maatschappelijk nut

Activeren

Activa met economisch en/of maatschappelijk nut en een verkrijgingsprijs van minder dan € 5.000 worden niet geactiveerd, behalve gronden en terreinen: die worden altijd geactiveerd.

Activa tot €10.000 mogen om praktische redenen direct in het jaar van aanschaf ten laste van het resultaat worden gebracht.

Waarderen

- RAV waardeert de materiële vaste activa tegen de verkrijgingsprijs, respectievelijk de vervaardigingsprijs verminderd met de lineaire afschrijvingen berekend op basis van onderstaande afschrijvingstermijnen, verminderd met eventuele bijdragen en subsidies van derden.
- De verkrijgingsprijs omvat de inkoopprijs en de bijkomende kosten.
- De vervaardigingsprijs omvat de aanschaffingskosten van de gebruikte hulp- en grondstoffen en de overige kosten die rechtstreeks aan de vervaardiging zijn toe te rekenen.

Afschrijven

De RAV berekent de afschrijvingen vanaf het moment van ingebruikname en schrijft materiële vaste activa met economisch en/of maatschappelijk nut lineair af in:

- 50 jaar: bedrijfsgebouwen;
- 40 jaar: startkosten, bouwrente en stichtingskosten;
- 20 jaar: verbouwingen bedrijfsgebouwen;
- 20 jaar: technische installaties in bedrijfsgebouwen;
- 10 jaar: Inventaris (incl. bedrijfsinstallaties met een economisch levensduur van 10 jaar)
- 5-10 jaar: medisch instrumentarium;
- 5 jaar: bedrijfsauto's en ambulances;
- 5 jaar: opleidingsmateriaal;
- 5 jaar: telefonie en communicatie;
- 3 jaar: automatiseringsapparatuur;
- 3 jaar: programmatuur;
- 3 jaar: automatiseringsprojecten;
- 3 jaar: kleding.

Op gronden en terreinen schrijft de RAV niet af.

Controleverordening RAV Brabant Midden-West-Noord 2023

Het algemeen bestuur van de RAV Brabant Midden-West-Noord;

- gelezen het voorstel van het dagelijks bestuur ;
- gelet op artikel 213, eerste lid, van de Gemeentewet;

besluit vast te stellen de *Controleverordening RAV Brabant Midden-West-Noord 2023*.

Artikel 1. Definities

In deze verordening wordt verstaan onder:

- accountant: een door het algemeen bestuur aangewezen accountant als bedoeld in artikel 213, tweede lid, van de Gemeentewet;
- accountantscontrole: controle van de in artikel 197 van de Gemeentewet bedoelde jaarrekening door de accountant;
- deelfverantwoording: een in opdracht van het algemeen bestuur ten behoeve van de verslaglegging opgestelde verantwoording van een deel van de organisatie van de RAV, welke verantwoording onderdeel uitmaakt van de jaarrekening;
- RAV: Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord;
- jaarrekening: jaarrekening van de RAV als bedoeld in artikel 197 van de Gemeentewet;
- managementletter: verslag van de accountant gericht aan het bestuur met belangrijke bevindingen en adviezen voor verbetering van de interne beheersing en actuele ontwikkelingen;
- rechtmatigheidsverantwoording: de rapportage van het dagelijks bestuur waarbij aangegeven wordt in welke mate de totstandkoming van de financiële beheershandelingen en de vastlegging daarvan overeenstemmen met de relevante wet- en regelgeving.

Artikel 2. Opdrachtverlening accountantscontrole

1. De accountantscontrole vindt plaats door een accountant.
2. Het dagelijks bestuur bereidt de aanbesteding van de accountantscontrole voor.
3. Het algemeen bestuur stelt voor de aanbesteding van de accountantscontrole het programma van eisen vast. Het programma van eisen bevat voor de jaarlijkse accountantscontrole in ieder geval:
 - a. de toe te passen goedkeuringstoleranties bij de accountantscontrole, de verantwoordingsgrens door het dagelijks bestuur en afwijkende rapportagegrenzen;
 - b. de apart te controleren deelfverantwoordingen en de daarbij toe te passen omvangsbases; en goedkeuringstoleranties en afwijkende rapporteringstoleranties;
 - c. de inrichtingseisen voor het verslag van bevindingen;
 - d. de aanvullende uit te voeren tussentijdse controles;
 - e. de frequentie en inrichtingseisen van de aanvullende tussentijdse rapportering, zoals de managementletter;
 - f. de posten van de jaarrekening met bijbehorende afwijkende rapporteringstoleranties, waaraan de accountant bij zijn accountantscontrole specifiek aandacht dient te besteden;
 - g. de eventuele producten of organisatieonderdelen met bijbehorende afwijkende rapporteringstoleranties, waaraan de accountant bij zijn accountantscontrole specifiek aandacht dient te besteden;
4. In afwijking van het derde lid, aanhef, kan het algemeen bestuur in het programma van eisen opnemen, dat het algemeen bestuur jaarlijks voorafgaand aan de accountantscontrole in overleg met de accountant de onder f en g genoemde onderdelen vaststelt.
5. Het algemeen bestuur stelt de selectiecriteria en per selectie criterium de bijbehorende wegingsfactoren vast.
6. Het dagelijks bestuur legt een controleprotocol ter vaststelling voor aan het algemeen bestuur met nadere aanwijzingen voor de uitvoering van de accountantscontrole die voor de accountant mede uitgangspunt vormt voor het opstellen van zijn jaarlijks controleplan.

Artikel 3. Overige controles en opdrachten

1. Het dagelijks bestuur kan de accountant opdracht geven tot het uitvoeren van specifieke werkzaamheden met betrekking tot de doelmatigheid en doeltreffendheid als bedoeld in artikel 213a Gemeentewet voor zover de onafhankelijkheid van de accountant daarmee niet in het geding komt. Het dagelijks bestuur informeert het algemeen bestuur vooraf over deze aan de accountant te verstrekken opdrachten.
2. Het dagelijks bestuur draagt de zorg voor de uitvoering van het beleid betreffende de specifieke uitkeringen volgens de eisen van rechtmatigheid van de ministeries.
3. Het dagelijks bestuur draagt de zorg voor de verantwoording aan derden en nemen hierbij de gestelde controle-eisen in acht. Als een deel van deze vereisten moet worden uitgevoerd door een accountant, is het dagelijks bestuur bevoegd hiervoor de opdracht te verlenen aan een andere dan de door het algemeen bestuur aangewezen accountant, indien dit in het belang van de RAV is.

Artikel 4. Inrichting accountantscontrole

1. De accountant bepaalt binnen het kader van de opdrachtverlening:
 - a. de wijze waarop de accountantscontrole wordt ingericht, alsmede de aard en de omvang van de daarbij behorende werkzaamheden. De accountant vraagt voorafgaand aan de accountantscontrole de benodigde dossierstukken schriftelijk op bij een vertegenwoordiger van de organisatie;
 - b. De accountant voert de controlewerkzaamheden met voorafgaande kennisgeving aan een vertegenwoordiger van de organisatie van de RAV uit.

Artikel 5. Informatieverstrekking door het dagelijks bestuur

1. Het dagelijks bestuur is verantwoordelijk voor de samenstelling van de jaarrekening, met de rechtmatigheidsverantwoording, conform de geldende wet- en regelgeving en overlegt deze aan de accountant voor accountantscontrole.
2. Het dagelijks bestuur draagt er zorg voor dat alle aan de jaarrekening ten grondslag liggende bescheiden voor de accountant ter inzage liggen en onbelemmerd toegankelijk zijn.
3. Het dagelijks bestuur overlegt de gecontroleerde jaarrekening tijdig aan het algemeen bestuur, samen met de controleverklaring en het verslag van bevindingen, zodat vaststelling door het algemeen bestuur kan plaatsvinden uiterlijk 14 juli van elk jaar volgend op het begrotingsjaar.
4. Alle informatie die na afgifte van de accountantsverklaring en voor behandeling van de jaarrekening in het algemeen bestuur beschikbaar komt en die van invloed is op het beeld dat de jaarrekening geeft, wordt terstond door het dagelijks bestuur aan het algemeen bestuur en de accountant gemeld.
5. De accountant maakt voor de controle van de in de jaarrekening opgenomen rechtmatigheidsverantwoording door het dagelijks bestuur zo veel mogelijk gebruik van het namens het dagelijks bestuur uitgevoerde onafhankelijke onderzoek.
6. De accountant maakt in de accountantscontrole zo veel mogelijk gebruik van de aanwezige interne beheersing van de werkzaamheden van de interne auditfunctie van de RAV en stimuleert door een zo veel mogelijke organisatiegerichte accountantscontrole de verdere kwaliteitsverbetering en professionalisering.

Artikel 6. Toegang tot informatie door accountant

1. Het dagelijks bestuur draagt er zorg voor dat de accountant voor de uitvoering van zijn controlewerkzaamheden een onbelemmerde toegang heeft tot alle relevante werkplaatsen van de RAV.
2. De accountant is bevoegd om van alle in de organisatie werkende personen mondelinge en schriftelijke inlichtingen en verklaringen te verlangen die hij voor de uitvoering van zijn opdracht denkt nodig te hebben. Het dagelijks bestuur draagt er zorg voor, dat de in de organisatie werkende personen hieraan hun medewerking verlenen.
3. Het dagelijks bestuur draagt er zorg voor, dat alle in de organisatie werkende personen zijn gehouden de accountant alle informatie te verstrekken, opdat de accountant zich een juist en volledig oordeel kan vormen over het gevoerde financiële beheer, de getrouwheid van zowel het financiële beeld als de verklaring omtrent de rechtmatige totstandkoming van de baten en lasten.

Artikel 7. Rapportering door accountant

1. Indien de accountant bij een accountantscontrole tot het oordeel komt dat de rechtmatigheidsverantwoording door het dagelijks bestuur niet getrouw is, dan wel afwijkingen constateert die op zichzelf leiden tot het niet afgeven van een goedkeurende controleverklaring, meldt hij deze terstond schriftelijk aan het algemeen bestuur en zendt een afschrift hiervan aan het dagelijks bestuur.
2. In aanvulling op het verslag van bevindingen brengt de accountant over de door hem uitgevoerde controles verslag uit over zijn bevindingen die niet van bestuurlijk belang zijn aan de daarvoor in aanmerking komende medewerkers van de RAV.
3. De controleverklaring en het verslag van bevindingen worden voor verzending aan het algemeen bestuur door de accountant aan het dagelijks bestuur voorgelegd met de mogelijkheid voor het dagelijks bestuur om op deze stukken te reageren.

Artikel 8. Intrekken oude verordening

De Controleverordening RAV Brabant Midden-West-Noord 2021 wordt ingetrokken.

Artikel 9. Inwerkingtreding en citeertitel

1. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2023, onder gelijktijdige intrekking van de Controleverordening RAV Brabant Midden-West-Noord 2021.
2. Deze verordening is van toepassing op de accountantscontroles vanaf de jaarrekening (en deelverantwoordingen) over 2023.
3. Deze verordening heet: *Controleverordening RAV Brabant Midden-West-Noord 2023*.

Vastgesteld in de vergadering van het algemeen bestuur van 5 juli 2023,

de secretaris,
J. de Waard

de voorzitter

CONTROLEPROTOCOL RAV BRABANT MIDDEN-WEST-NOORD

1 Doelstelling

Dit controleprotocol heeft als doel nadere aanwijzingen te geven aan de accountant over de reikwijdte van de accountantscontrole, de daarvoor geldende normstellingen en de daarbij verder te hanteren goedkeuring- en rapporteringstoleranties voor de controle van de jaarrekening van Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord (verder: RAV).

Het algemeen bestuur dient via het vaststellen van dit controleprotocol te (her)bevestigen:

- de te hanteren goedkeurings- en rapporteringstolerantie ten behoeve van de accountantscontrole.

Dit controleprotocol heeft als doel nadere aanwijzingen te geven aan:

- de accountant over de reikwijdte van de accountantscontrole, de daarvoor geldende normstellingen en de daarbij verder te hanteren goedkeuringstoleranties voor de controle van de jaarrekening van de RAV.

Het Intern controleplan van de RAV biedt achtergrondinformatie omtrent de uitvoering van de verbijzonderde interne controles (VIC) als instrument voor de controle op de rechtmatigheid door het dagelijks bestuur.

1.1 Wettelijk kader

De gemeentewet (GW), art. 213, schrijft voor dat het algemeen bestuur één of meer accountants aanwijst als bedoeld in art. 393 eerste lid Boek 2 Burgerlijk Wetboek voor de controle van de in art 197 GW bedoelde jaarrekening en het daarbij verstrekken van een controleverklaring en het uitbrengen van een verslag van bevindingen.

2 Algemene uitgangspunten voor de controle

Zoals in artikel 213 Gemeentewet is voorgeschreven zal de controle van de in artikel 197 Gemeentewet bedoelde jaarrekening, uitgevoerd door de door het algemeen bestuur benoemde accountant. Met ingang van 2023 wordt het dagelijks bestuur verantwoordelijk voor het opnemen van een rechtmatigheidsverantwoording in de jaarrekening van de RAV.

Voor een toelichting op het begrip rechtmatigheid in relatie tot de (accountants)controle bij de RAV wordt onder meer verwezen naar het Besluit accountantscontrole decentrale overheden (Bado), Notitie Rechtmatigheidsverantwoording (Commissie Bado) en de Kadernota Rechtmatigheid van het de Commissie Begroting en Verantwoording (BBV). Onder rechtmatigheid wordt begrepen de definitie volgens het Besluit Accountantscontrole Decentrale Overheden (Bado) dat "de in de rekening verantwoorde lasten, baten en balansmutaties rechtmatig tot stand zijn gekomen, dat wil zeggen" in overeenstemming zijn met de begroting en met de van toepassing zijnde wettelijke regelingen, waaronder verordeningen". In het kader van de rechtmatigheidscontrole worden negen rechtmatigheidscriteria onderkend:

- Calculatiecriterium
- Valuteringscriterium
- Adresseringscriterium
- Volledigheidscriterium
- Aanvaardbaarheidscriterium
- Leveringscriterium

Afgedekt door balans en overzicht van baten en lasten (getrouwheidsoordeel)

- Begrotingscriterium
- Voorwaardencriterium
- Misbruik & Oneigenlijk gebruik criterium

Afgedekt door rechtmatigheidsverantwoording

In het kader van het getrouwheidsonderzoek wordt aandacht besteed aan de meeste van deze criteria. Ondanks dat deze criteria door de accountantscontrole worden afgedekt, worden ze door de organisatie, de verbijzonderde interne controle, waar van toepassing ook meegenomen bij de rechtmatigheidscontrole. Voor de oordeelsvorming over de rechtmatigheid van het financieel beheer wordt aandacht besteed aan volgende criteria:

- Het begrotingscriterium;
- Het voorwaarden criterium;
- Het misbruik en oneigenlijk gebruik criterium (M&O-criterium).

Deze rechtmatigheidsverantwoording dient door het dagelijks bestuur te worden afgegeven. Een nadere toelichting over deze 3 criteria is opgenomen in paragraaf 4.

De accountant stelt de getrouwheid van de jaarrekening, inclusief de rechtmatigheidsverantwoording als een onderdeel van de jaarrekening, vast. In de controleverklaring wordt geen afzonderlijk oordeel meer gegeven over het aspect van de rechtmatigheid. Het dagelijks bestuur neemt de rechtmatigheidsverantwoording op in de jaarrekening. De accountant zal toetsen of de jaarrekening getrouw is, en toetst daarbij dus ook of de rechtmatigheidsverantwoording een getrouwe weergave geeft. De controle van de jaarrekening door de accountant is gericht op het afgeven van een oordeel over:

- De getrouwe weergave van de in de jaarrekening gepresenteerde baten en lasten en de activa en passiva;
- De getrouwheid van de door het dagelijks bestuur afgegeven rechtmatigheidsverantwoording;
- De inrichting van het financieel beheer en de financiële organisatie gericht op de vraag of deze een getrouwe en rechtmatige verantwoording mogelijk maken;
- Het in overeenstemming zijn van de door het dagelijks bestuur opgestelde jaarrekening met de bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen regels bedoeld in artikel 186 Gemeentewet (Besluit Begroting en Verantwoording Provincies en Gemeenten);
- De verenigbaarheid van het jaarverslag met de jaarrekening.
- De bijlage bij de jaarrekening met verantwoordingsinformatie over specifieke uitkeringen, bedoeld in art 58a van het Besluit Begroting en Verantwoording (BBV).

Bij de controle zijn de nadere regels die bij of krachtens algemene maatregel van bestuur zijn gesteld op grond van artikel 213, lid 6 Gemeentewet, het besluit Accountantscontrole decentrale overheden, de Kadernota Rechtmatigheid alsmede de uitgangspunten en standpunten van de commissie Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten (BBV) en de aanwijzingen en beroepsvoorschriften van het NBA, bepalend voor de uit te voeren werkzaamheden.

3 Te hanteren goedkeurings- en rapporteringstoleranties

De accountant richt de controle in op het ontdekken van belangrijke fouten en baseert zich daarbij op risicoanalyses, vastgestelde toleranties en statische deelwaarnemingen en extrapolaties. De accountant accepteert in de controle bepaalde toleranties en richt de controle daarop in. De accountant controleert niet ieder document of iedere financiële handeling, maar richt de controle zo in dat hij voldoende zekerheid krijgt over het getrouwe beeld van de jaarrekening met een belang groter dan de vastgestelde goedkeuringstolerantie.

3.1 Goedkeuringstolerantie

De goedkeuringstolerantie is het bedrag dat de som van fouten in de jaarrekening of onzekerheid in de controle aangeeft, die in een jaarrekening maximaal mogen voorkomen zonder dat deze de bruikbaarheid van de jaarrekening beïnvloeden voor de oordeelsvorming door de gebruikers. De goedkeuringstoleranties zijn bepalend voor de oordeelsvorming, de strekking van de af te geven controleverklaring. Het Besluit accountantscontrole decentrale overheden schrijft de minimumeisen voor de in de controle te hanteren goedkeuringstoleranties voor. Deze eisen zijn:

	Strekking controleverklaring			
	Goedkeurend	Beperking	Oordeelonthouding	Afkeurend
Fouten in de jaarrekening (% lasten)	≤ 1%	>1% < 3%	-	≥ 3%

Onzekerheden in de controle (% lasten)	$\leq 3\%$	$>3\% < 10\%$	$\geq 10\%$	-
--	------------	---------------	-------------	---

Naast deze kwantitatieve benadering zal de accountant ook een kwalitatieve beoordeling hanteren (deskundige oordeelsvorming). De weging van fouten en onzekerheden vindt ook plaats op basis van deskundige oordeelsvorming.

3.2 Rapporteringstolerantie

De rapporteringstolerantie is een bedrag dat gelijk is aan of lager is dan de bedragen voortvloeiend uit de goedkeuringstolerantie. Bij overschrijding van dit bedrag vindt rapportering door de accountant (voor zover het getrouwheid betreft) plaats. Een lagere rapporteringstolerantie leidt in beginsel niet tot aanvullende controlewerkzaamheden, maar wel tot een uitgebreidere rapportage van bevindingen. Bij overschrijding van de rapporteringstolerantie voor fouten of onzekerheden op het gebied van getrouwheid vindt rapportering door de accountant plaats in het verslag van bevindingen. Voor de RAV wordt een rapporteringstolerantie vastgesteld van €125.000.

4 Begrip rechtmatigheid en de aanvullend te controleren rechtmatigheidscriteria

Onder rechtmatigheid wordt begrepen de definitie volgens het Besluit Accountantscontrole Decentrale Overheden (Bado) dat "de in de rekening verantwoorde lasten, baten en balansmutaties rechtmatig tot stand zijn gekomen, dat wil zeggen "in overeenstemming zijn met de begroting en met de van toepassing zijnde wettelijke regelingen, waaronder de gemeentelijke verordeningen".

De controle op rechtmatigheid is gericht op de naleving van externe en interne regelgeving, zoals die opgenomen zijn in het normenkader. Omdat het controleprotocol voor meerdere jaren wordt vastgesteld en het normenkader wijzigt zodra sprake is van wijzigingen in wet- en regelgeving is het normenkader opgenomen in een los document. Het normenkader wordt indien nodig jaarlijks geactualiseerd en vastgesteld door het algemeen bestuur. De controle op rechtmatigheid is uitsluitend van toepassing voor zover deze directe financiële beheershandelingen betreffen of kunnen betreffen. De commissie BBV heeft een standaardtekst opgesteld voor de rechtmatigheidsverantwoording. De standaardtekst zal door de RAV opgenomen worden in de jaarrekeningen vanaf 2023 (invoeringsjaar).

Het kader van de (financiële) rechtmatigheidsverantwoording bestaat uit de volgende criteria:

- begrotingscriterium
- voorwaardencriterium
- misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O)

Bovenstaande criteria komen expliciet tot uitdrukking in de rechtmatigheidsverantwoording. Rechtmatigheidscriteria die ook de getrouwheid raken zijn geen onderdeel van de rechtmatigheidsverantwoording. Bijvoorbeeld: dat een post in de jaarrekening niet voldoet aan de uitgangspunten van het BBV (Besluit Begroting en Verantwoording) hoeft niet opgenomen te worden in de rechtmatigheidsverantwoording, maar maakt onderdeel uit van het getrouwheidsoordeel van de accountant.

4.1 Het begrotingscriterium

Als blijkt dat de gerealiseerde lasten, zoals weergegeven in de jaarrekening, hoger zijn dan de begrote bedragen met inbegrip van de laatste begrotingswijziging, is – voor zover het de begrotingsoverschrijdingen betreft – mogelijk sprake van onrechtmatige uitgaven. De overschrijding kan namelijk in strijd zijn met het budgetrecht van het algemeen bestuur. Voor de afsluitende oordeelsvorming is zijn kaders opgenomen in de financiële verordening. Het bepalen of respectievelijk welke begrotingsoverschrijdingen al dan niet verwijtbaar zijn, is voorbehouden aan ons als algemeen bestuur.

4.2 Het misbruik en oneigenlijk gebruik criterium

Dit criterium spits zich toe op de toetsing van de juistheid en volledigheid van de gegevens die door belanghebbenden, waaronder de RAV zelf, verstrekt moeten worden om het voldoen aan voorwaarden aan te tonen ter voorkoming van misbruik en oneigenlijk gebruik. Misbruik is onrechtmatig, oneigenlijk gebruik niet.

Onder misbruik wordt verstaan: "Het opzettelijk niet, niet tijdig, onjuist of onvolledig verstrekken van gegevens met als doel ten onrechte overheids-subsidies of -uitkeringen te verkrijgen of niet dan wel een te laag bedrag aan heffingen aan de overheid te betalen". In het geval van misbruik is tevens sprake van een onrechtmatigheid.

Onder oneigenlijk gebruik wordt verstaan: "Het door het aangaan van rechtshandelingen, al dan niet gecombineerd met feitelijke handelingen, verkrijgen van overheidsbijdragen of het niet dan wel tot een te laag bedrag betalen van heffingen aan de overheid, in overeenstemming met de bewoordingen van de regelgeving, maar in strijd met het doel en de strekking daarvan".

In verschillende wet- en regelgeving zijn bepalingen opgenomen die misbruik en oneigenlijk gebruik tegen gaan, zoals het overleggen van bepaalde gegevens bij een aanvraag. Daarnaast zijn ook in verschillende door het algemeen bestuur vastgestelde verordeningen en besluiten criteria opgenomen ter voorkoming van misbruik en oneigenlijk gebruik. Als er naar aanleiding van de verbijzonderde interne controle bevindingen zijn die duiden op misbruik of oneigenlijk gebruik, zal dit in de paragraaf bedrijfsvoering nader worden toegelicht.

De RAV dient effectieve maatregelen te nemen om misbruik en oneigenlijk gebruik (afgekort M&O) te voorkomen. De controle richt zich op:

- Toetsing in hoeverre in bestaande procedures deugdelijke maatregelen ter voorkoming van misbruik- en oneigenlijk gebruik zijn genomen alsmede de werking van de getroffen maatregelen vaststellen.
- Actualiteit van het M&O-beleid.

4.3 Het voorwaarden criterium

Besteding en inning van gelden door de RAV is aan bepaalde voorwaarden verbonden waarop door de accountant kan worden getoetst. Deze voorwaarden liggen vast in wetten en regels van hogere overheden en de (eigen) regelgeving van de RAV. Bij het voorwaarden criterium wordt vooral gekeken of de financiële beheershandelingen binnen de RAV voldoen aan de voorwaarden zoals die gesteld zijn in de wet- en regelgeving. In het normenkader zijn de interne en externe regels opgenomen, die het dagelijks bestuur in zijn controle van het voorwaarden criterium moet betrekken. De gestelde voorwaarden hebben in het algemeen betrekking op:

- Recht, voorwaarden waaronder het in aanmerking komen voor een recht dan wel een verplichting bestaat op een recht. Heeft bijvoorbeeld iemand die een betaling van de RAV ontvangt recht op grond van de regelgeving op deze betaling?
- Hoogte, de hoogte van het recht dan wel de verplichting op een recht. Is bijvoorbeeld het door de RAV betaalde bedrag wel juist berekend? Zijn de juiste formules, tarieven en andere aspecten die de hoogte van het te betalen bedrag bepalen wel juist toegepast?
- Duur, de termijnen van de verstrekking, toekenning of werkingsperiode van het recht dan wel de verplichting op een recht). Is wel voldaan aan de in regelgeving opgenomen termijnen van betaling, verstrekking, toekenning en werkingsperiode?
- De bevoegdheden;
- Het voeren van een administratie;
- Het verkrijgen en bewaren van bewijsstukken;
- Aan te houden termijnen besluitvorming, betaling, declaratie e.d.

Inzake het voorwaarden criterium worden de volgende uitgangspunten voor het jaar 2023 en verder vastgesteld:

- Rechtmatigheid richt zich op de financiële rechtmatigheid. Wet- en regelgeving uit het normenkader wordt dus alleen betrokken in de VIC op rechtmatigheid voor zover deze directe financiële beheershandelingen betreffen of kunnen betreffen;
- Voorwaarden zoals gesteld in hogere wetgeving behoren vanzelfsprekend tot het normenkader.
- Voorwaarden zoals gesteld in eigen interne regelgeving behoren alleen tot het normenkader voor zover het bepalingen betreft inzake recht, hoogte en duur. Hiermee worden bepalingen bedoeld die aangeven voor wie een subsidie, bijdrage of uitkering bedoeld is, hoe hoog die moet zijn en voor welke periode die geldt. Nevenvoorwaarden zoals de termijn van aanlevering van verantwoordingen, de vorm van de verantwoording en allerlei andere formele vereisten worden hiermee buiten het normenkader gehouden. Dat wil overigens niet zeggen dat hier niets mee gedaan wordt.
- Indien en voor zover bij de controle financiële onrechtmatige handelingen worden geconstateerd worden deze in de rapportage en oordeelsweging uitsluitend betrokken indien en voor zover het door het algemeen bestuur of hogere overheden vastgestelde

regels en kaderstellende besluiten betreft. Met andere woorden: interne regels van het dagelijks bestuur naar ambtelijke organisatie en andere dan kaderstellende besluiten van het dagelijks bestuur vallen hier buiten.

Mocht tijdens de toetsing toch blijken dat het normenkader niet juist of compleet is en dit consequenties heeft gehad voor de controles, dan geeft het dagelijks bestuur in de bedrijfsvoeringsparagraaf in de jaarstukken aan welke wet- en regelgeving het betreft.

5 Rapportering accountant

Tijdens en na afronding van de controlewerkzaamheden rapporteert de accountant als volgt:

Interim-controles

Voor de jaarrekeningcontrole voert de accountant een zogenaamde interim-controle uit. Hij brengt over de uitkomsten van die tussentijdse controle een verslag uit en rapporteert bestuurlijk relevante zaken – op grond van de overeengekomen rapportagewensen - ook aan het dagelijks bestuur.

Verslag van bevindingen

Overeenkomstig de Gemeentewet brengt de accountant over de controle een verslag van bevindingen uit aan het algemeen bestuur. In dit verslag rapporteert hij of de opzet en uitvoering van het financiële beheer en/of de beheersorganisatie een getrouw en rechtmatig financieel beheer en een rechtmatige verantwoording daarover waarborgen.

Uitgangspunten voor de rapportagevorm

Fouten of onzekerheden die de rapporteringstolerantie als bedoeld in hoofdstuk 3 van dit controleprotocol overschrijden, geeft de accountant weer in een apart overzicht bij het verslag van bevindingen. Hij rapporteert ook over eventuele bevindingen met betrekking tot de betrouwbaarheid en de continuïteit van de door de RAV gehanteerde geautomatiseerde informatieverzorging.

Controleverklaring

In de controleverklaring geeft de accountant op een gestandaardiseerde wijze, zoals wettelijk voorgeschreven, de uitkomst van zijn controle weer, zowel van de getrouwheid als van de rechtmatigheid. Deze controleverklaring is bestemd voor het algemeen bestuur, zodat hij de jaarrekening kan vaststellen en decharge kan verleden aan het dagelijks bestuur voor het gevoerde beleid.

Slotbepaling

1. Dit protocol treedt in werking op 1 januari 2023, onder gelijktijdige intrekking van het *Controleprotocol RAV Brabant Midden-West-Noord 2021*.
2. Dit protocol geldt voor de accountantscontroles vanaf de jaarrekening (en deelverantwoordingen) over 2023.
3. Dit protocol heet: *Controleprotocol RAV Brabant Midden-West-Noord*.

Vastgesteld in de vergadering van het algemeen bestuur van 5 juli 2023.

de secretaris,
J. de Waard

de voorzitter

Bijlagen:
Bijlage 1: Rapportagemomenten

Bijlage 1: Rapportagemomenten

De volgende standaard rapportagemomenten worden onderkend:

Rapportage	Tijdstip	Inhoud	Gericht aan
Verslag van bevindingen interim-controle	Na afronding van de interim-controle.	Mogelijke risico's, verbeter- en aandachtspunten betreffende de processen en procedures (beheersingsstructuur), de VIC op rechtmatigheid, beheersing specifieke subsidiestromen evenals overige van belang zijnde onderwerpen.	dagelijks bestuur
Verslag van bevindingen	Na afronding van de controle van de jaarrekening	Wettelijk: De vraag of inrichting van het financieel beheer en van de financiële organisatie een getrouwe en rechtmatige verantwoording mogelijk maken. Daarnaast resterende fouten, onzekerheden of verbeteringen op het gebied van verslaglegging rekening houdend met afgesproken rapporteringstoleranties. Relatie tussen de controletolerantie ingevolge controleverordening en de feitelijke bevindingen.	algemeen bestuur
Controleverklaring	Na afronding van de controle van de jaarrekening	Het oordeel van de accountant over de mate waarin de rekening een getrouw beeld geeft i.o.m. verslaggevingsvoorschriften en voldoet aan de eisen van rechtmatigheid.	algemeen bestuur

Normenkader 2023 RAV Brabant Midden-West-Noord

De jaarstukken van de RAV dienen rechtmatig tot stand te komen. Dat wil zeggen dat de baten, lasten en balansmutaties in overeenstemming met wet- en regelgeving tot stand zijn gekomen.

Rechtmatigheid omvat drie criteria die relevant zijn bij de totstandkoming van het rechtmatigheidsoordeel:



Het normenkader dient ter invulling van het voorwaardencriterium. Het normenkader is de set aan regelgeving waaraan de RAV in het kader van de rechtmatigheid moet voldoen. Voorheen maakte het normenkader onderdeel uit van het controleprotocol. Omdat het controleprotocol meer gericht is op de accountantscontrole (en daarmee de getrouwheid van de jaarrekening van de RAV) is met ingang van 2023 een onderscheid gemaakt tussen het controleprotocol (primair gericht op getrouwheid) en het normenkader (primair gericht op rechtmatigheid). In het normenkader gaat het zowel om Europese regelgeving, wettelijke bepalingen als eigen regelgeving, zoals nota's vastgesteld door het algemeen bestuur. In dit kader zijn bij de wettelijke bepalingen alleen de financiële beheershandelingen van belang, zoals bijvoorbeeld Europese aanbestedingsrichtlijnen en niet de wettelijke bepalingen rond bijvoorbeeld naleving van privacyregels. Uiteraard moet de RAV deze regels ook naleven, maar bij het opstellen van de rechtmatigheidsverantwoording spelen deze geen rol. Voor verordeningen geldt dat alle verordeningen voor zover deze bepalingen bevatten over financiële beheershandelingen onderdeel uitmaken van het normenkader. Ook andere besluiten van het algemeen bestuur met een kaderstellend karakter en die bepalingen bevatten over financiële beheershandelingen, zijn een verplicht onderdeel van het normenkader (begroting, bestuursbesluiten over investeringsvoorstellen, beleidsnota's).

Het normenkader omvat de inventarisatie van de voor de verantwoording relevante regelgeving, van andere overheden en van de RAV zelf. Bij regelgeving die niet afkomstig is van de RAV, moet onder meer gedacht worden aan:

- Europese richtlijnen, denk hierbij bijvoorbeeld aan de regels die gelden voor aanbesteden.
- Wetten in formele zin, zoals de Wet financiering decentrale overheden (FIDO).
- Algemene Maatregelen van Bestuur, zoals het Uitvoeringsbesluit WNT
- Ministeriële regeling, zoals Regeling uitzettingen en derivaten decentrale overheden (Ruddo)



Brabant Midden-West-Noord

Slotbepaling

1. Dit normenkader treedt in werking op 1 januari 2023.
2. Dit normenkader geldt voor de accountantscontroles vanaf de jaarrekening (en deelverantwoordingen) over 2023.
3. Dit normenkader heet: Normenkader RAV Brabant Midden-West-Noord.

Vastgesteld in de vergadering van het algemeen bestuur van 5 juli 2023,

de secretaris,
J. de Waard

de voorzitter

Bijlage: het normenkader voor 2023 e.v.

Wet- en regelgeving met financiële beheershandelingen

Activiteit	Wetgeving extern	Regelgeving intern
Algemeen financieel middelenbeheer	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeentewet • Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten (BBV) • Wet gemeenschappelijke regelingen (WGR) • Algemene wet bestuursrecht • Besluit accountantscontrole decentrale overheden (BADO) • Mededingingswet 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeenschappelijke regeling RAV Brabant Midden-West-Noord • Financiële verordening • Controleverordening • Besluiten van algemeen bestuur
Fiscaal/financieel	<ul style="list-style-type: none"> • Wet financiering decentrale overheden (FIDO) • Uitvoeringsregeling financiering decentrale overheden (UFDO) • Besluit leningvoorwaarden decentrale overheden • Regeling uitzettingen en derivaten decentrale overheden • Regeling schatkistbankieren decentrale overheden • Wet modernisering vpb-plicht overheidsondernemingen • Wet op de omzetbelasting (1968) • Wet op het BTW-compensatiefonds • Sociale verzekeringswetten • Wet op de loonbelasting 1964 	<ul style="list-style-type: none"> • Overeengekomen btw-vrijstellingen inzake RAV • Kostenverdeelovereenkomst HSC
Bedrijfsvoering	<ul style="list-style-type: none"> • Wet Normering Topinkomens • Beleidsregels WNT • Regeling controleprotocol WNT • Uitvoeringsbesluit WNT • Uitvoeringsregeling WNT • Wet normalisering rechtspositie ambtenaren (WNRA) • CAO SGO • Pensioenwetgeving 	
Primair proces	<ul style="list-style-type: none"> • Tariefbeschikking Regionale Ambulancevoorzieningen • Europese aanbestedingsrichtlijnen • Europese staatssteunregels • Aanbestedingswet • Aanbestedingsbesluit • Gids Proportionaliteit (= flankerend beleid bij de Aanbestedingswet 2012 en voor niet-Europese aanbestedingen) • Wet Markt en Overheid 	