

Integraal Zorgakkoord

conceptversie 0.9 - 12 augustus 2022

Inhoud

0	Voorwoord.....	3
1	Inleiding Integraal Zorgakkoord – het moet beter, anders lopen we vast.....	4
2	Waar gaan we naartoe: passende zorg, samen met de patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid	6
3	Afspraken: wat gaan we doen de komende jaren?	7
3.1	Passende zorg: waardegedreven - samen met de patiënt, kwaliteit en pakket.....	8
3.2	Regionale samenwerking.....	10
3.2.1	Algemeen.....	10
3.2.2	Samenwerking in de acute zorg	11
3.2.3	Toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding.....	11
3.3	Versterking organisatie eerstelijnszorg	12
3.4	Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz	13
3.5	Preventie en leefstijl	14
3.6	Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals	15
3.7	Digitalisering en gegevensuitwisseling.....	16
3.8	Contractering.....	18
4	Financiën.....	19
4.1	Algemeen.....	19
4.1.1	Algemene uitgangspunten.....	19
4.1.2	Financiële afspraken.....	20
4.1.3	Overige algemene financiële afspraken	21
4.1.4	Macrobeheersing en omgang met overschrijdingen.....	21
4.1.5	Evaluatiemoment	22
4.2	Inzet transformatiemiddelen	22
4.2.1	Algemene afspraken.....	22
4.2.2	Inzet transformatiemiddelen via VWS	23
4.2.3	Inzet transformatiemiddelen via zorgverzekeraars	23
5	Monitoring	25
5.1	Zicht op de voortgang.....	25
5.2	Leren en verbeteren tijdens de uitvoering.....	25
5.3	Verantwoording aan de samenleving.....	26
5.3.1	Mensen met lage gezondheidsvaardigheden	26
5.3.2	Mensen met psychische klachten	27
5.3.3	Mensen met (risico op) kanker.....	27
5.3.4	Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten.....	28
5.3.5	Ouderen met een kwetsbare gezondheid.....	29
5.3.6	Zorgprofessionals.....	30
6	Governance	30
	BIJLAGEN.....	32

Bijlage A Passende zorg: Waardegedreven - samen met de patiënt, kwaliteit en pakket.....	33
Bijlage B Regionale samenwerking - algemeen	43
Bijlage C Regionale samenwerking – samenwerking in de acute zorg.....	49
Bijlage D Regionale samenwerking – toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding.....	56
Bijlage E Versterking organisatie eerstelijnszorg	61
Bijlage F Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz	68
Bijlage G Preventie en leefstijl	71
Bijlage H Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals	76
Bijlage I Digitalisering en gegevensuitwisseling.....	84
Bijlage J Contractering.....	91
Bijlage K Financiën.....	98
Bijlage L Uitwerkpunten IZA	108

0 Voorwoord

Voor Hendrik, Sandra en Aisha

Nederland heeft een hoogontwikkelde gezondheidszorg. Maar de kwaliteit en de toegankelijkheid van onze zorg staan onder druk. De vraag naar zorg neemt toe, vooral door de vergrijzing. Tegelijkertijd zijn er grenzen aan de beschikbaarheid van zorg, door de toenemende krapte op de arbeidsmarkt. De groeiende zorgvraag zorgt bovendien voor een uitdaging bij het betaalbaar houden van de zorg. Die uitdaging is groot, want alleen betaalbare zorg is toekomstbestendige zorg.

Vragen over de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van onze zorg worden breed gedeeld. Door Hendrik (78), zijn dochter Sandra (49) en haar nichtje Aisha (16) bijvoorbeeld.

Hendrik is gezond. Hij is gelukkig getrouwd met Margreet. Samen blijven ze fit door verstandig te eten en veel te fietsen. De zorg die ze nu af en toe nodig hebben, vinden ze uitstekend. Wel moeten ze soms lang wachten op een onderzoek of afspraak. Hendrik maakt zich vooral zorgen over de toekomst. Stel dat Margreet er straks niet meer is, is er dan voldoende laagdrempelige zorg in de wijk? Kan hij het digitale gedoe nog bijbenen? En hoe moet hij straks omgaan met het grote gat tussen thuis wonen en het verpleeghuis?

Sandra werkt al meer dan 20 jaar als verpleegkundige in het ziekenhuis in haar stad. De laatste acht jaar is ze IC-verpleegkundige. Ze houdt zielsveel van haar vak. Toch wordt ze ook wel eens chagrijnig van de inflexibele roosters en de vele administratie die ze moet bijhouden. Ook heeft ze soms het gevoel te weinig invloed te hebben op hoe zij en haar collega's hun werk het beste kunnen doen. Sinds de coronacrisis is ze bovendien vaak moe. Veel collega's zijn ziek en vallen uit en de werkdruk lijkt maar niet af te nemen. Sandra wil niets liever dan haar vak blijven uitoefenen, maar het knaagt af en toe. Gaat ze dit volhouden tot haar pensioen?

Aisha doet volgend jaar eindexamen op de Havo. Ze bewondert haar tante Sandra en wil al vanaf dat ze een klein meisje was haar tante achterna en in de zorg gaan werken. Maar de laatste tijd twijfelt ze. Ze hoort Sandra wel eens praten over vermoeidheid, de hoge werkdruk en te weinig tijd voor patiënten. Moet ze haar hart blijven volgen en een opleiding doen voor een baan in de zorg, of kan ze beter nog even wat verder kijken?

De zorg staat onder druk. Hendrik, Sandra en Aisha denken daar bijna dagelijks over na. Wij willen de zorgen van Hendrik verzachten. We willen dat Sandra bij ons blijft. En we willen de twijfels van Aisha wegnemen. Daar gaan we samen aan werken. Daarom ligt er dit akkoord. Een integraal zorgakkoord dat moet bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van onze zorg. Voor Hendrik, Sandra, Aisha en al die miljoenen andere zorggebruikers en zorgprofessionals.

[Ondertekenende partijen]

1 Inleiding Integraal Zorgakkoord – het moet beter, anders lopen we vast

Gezondheid is voor iedereen belangrijk. Het helpt mensen om een goed leven te leiden, zelf en met elkaar. Wanneer de gezondheid wankelt, wil iedereen kunnen rekenen op goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Die zorg staat echter toenemend onder druk. Als we niets doen, dreigt de zorg vast te lopen. We moeten daarom aan de slag. De zorgsector, de politiek en de samenleving als geheel; alleen samen kunnen we de zorg toekomstbestendig maken.

De toegankelijkheid van de zorg staat onder druk

De vraag naar zorg stijgt sneller dan het aanbod. We leven langer en er zijn daardoor steeds meer ouderen ten opzichte van het aantal werkenden. Juist ook in de zorg komen we handen tekort. Die tendens bestaat al langer, maar werd tijdens de coronacrisis extra zichtbaar.

In alle zorgsectoren zien we nu de spanning tussen vraag en aanbod toenemen: de druk op de eerste lijn is buitengewoon hoog, in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de medisch-specialistische zorg (msz) zijn voor sommige behandelingen lange wachttijden, er zijn tekorten aan zorgprofessionals in de wijkverpleging en door piekbelasting en volle verpleegafdelingen moeten spoedeisende-hulpafdelingen steeds vaker tijdelijk sluiten. Dit heeft tot gevolg dat mensen niet altijd (tijdig) de juiste zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Dat heeft negatieve impact op hun kwaliteit van leven, functioneren en participeren.

Daarnaast is de fysieke en mentale gezondheid van mensen helaas nog te vaak afhankelijk van de plaats waar hun wieg heeft gestaan, waar ze zijn opgegroeid, waar ze wonen en welke opleiding en baan ze hebben. Mensen in een sociaaleconomisch kwetsbare positie en mensen met een (verstandelijke) beperking hebben niet altijd goede toegang tot zorg, omdat ze te maken hebben met een stapeling van (complexe) problematiek, of omdat ze de weg in het zorgsysteem niet weten. Zij hebben vaak de meeste last van de juridische en financiële schotten in ons systeem van zorg en ondersteuning. De zorg en ondersteuning zijn daarmee in de praktijk niet voor iedereen even toegankelijk, met als resultaat dat ook de uitkomsten voor mensen verschillend zijn in termen van kwaliteit van leven, gezondheid en levensverwachting.

De kwaliteit van de zorg staat onder druk

Nederland heeft een hoogstaande gezondheidszorg, met een breed en fijnmazig aanbod en uitstekend gekwalificeerde en betrokken zorgprofessionals. Maar niet alle zorg die wordt geleverd is aantoonbaar effectief. Sterker, zorg waarvan is aangetoond dat deze niet effectief is wordt in de praktijk soms toch geleverd. Dat is niet goed voor de patiënt. We zien ook dat de ons omringende landen het bij bepaalde aandoeningen echt beter doen dan wij. Gegeven onze gunstige uitgangspositie in termen van budget, infrastructuur en geografie kan en moet de zorg in Nederland nog beter; we hebben de middelen om tot de internationale top te behoren, maar dreigen - als we geen actie nemen - naar de middenmoot te zakken.

Een ander aspect dat de kwaliteit van zorg onder druk zet, is de versnippering van zorg en de soms moeizame samenwerking tussen zorgaanbieders uit verschillende zorgsectoren. De zorg en het sociaal domein hebben vaak onvoldoende kennis van elkaars expertise, waardoor de wederzijdse doorverwijzing niet optimaal is en mensen niet altijd de juiste zorg of ondersteuning krijgen. In sommige gevallen moet de zorg beter aansluiten op de persoonlijke wensen van mensen en hun eigen mogelijkheden. Er is een omslag nodig van 'zorgen voor mensen' naar 'zorgen met mensen'.

Zorgprofessionals staan onder druk

Professionals die werken in de zorg, doen dat met veel kennis van zaken, professionaliteit en een grote motivatie, dat werd nog eens extra duidelijk door hun enorme inzet tijdens de coronacrisis. Ze doen dat werk tegelijkertijd ook steeds vaker onder zware omstandigheden. In de zorg is de werkdruk hoog en de uitval groot. Ook is er te veel regeldruk en administratieve rompslomp, te weinig autonomie bij de invulling van het dagelijkse werk en in sommige gevallen zelfs een onveilige werkomgeving. Dat drukt op het werkplezier en leidt tot een vicieuze cirkel van meer

ziekteverzuim (veel hoger dan in andere sectoren) en meer mensen die de zorg verlaten, waardoor de arbeidsmarktkrapte en de werkdruk nog verder toenemen.

Ook de zorg heeft een opgave om te verduurzamen

De komende jaren zal de zorgvraag niet alleen fors toenemen als gevolg van de vergrijzing, maar ook als gevolg van klimaatverandering. We zullen te maken gaan krijgen met meer en andersoortige gezondheidsproblemen, zoals meer last van hittestress, allergieën en luchtverontreiniging, met bijbehorende stijgende druk op de zorg. Tegelijkertijd kan (en moet) de zorg ook een bijdrage leveren aan het tegengaan van klimaatverandering en milieuverontreiniging en de daarmee gepaarde gaande gezondheidsschade. Dat besef leeft breed bij partijen in de zorg.

Meer geld is niet de oplossing

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) becijferde het in 2021: als we niet in actie komen verdrievoudigen tussen nu en 2060 onze zorguitgaven. We geven nu al 13% van ons nationale inkomen uit aan zorg. Zonder maatregelen stijgt dit naar 19-21%.¹ Dat is niet realistisch en bovendien niet wenselijk: we hebben als samenleving immers ook nog andere grote uitdagingen die noodzakelijke voorwaarden vormen voor de kwaliteit van leven van iedereen in Nederland. Daar zijn ook (veel) mensen en veel geld voor nodig: klimaat, veiligheid, onderwijs, wonen, etc. We besteden nu al meer geld aan zorg dan aan de begrotingen van de ministeries van Onderwijs, Defensie en Justitie en Veiligheid bij elkaar. We blijven de komende jaren meer geld uitgeven aan de zorg, maar die stijging moet minder snel gaan om de zorg ook straks betaalbaar te houden.

Meer geld lost bovendien niet vanzelf de arbeidstekorten in de zorg op. Nu al werkt in Nederland volgens de WRR 1 op de 6 werknemers in de zorg. De komende decennia neemt de zorgvraag alleen maar verder toe, onder andere vanwege de vergrijzing. Als we doorgaan zoals nu, zou in het jaar 2040 1 op de 4 werknemers in de zorg moeten werken. Dat is niet haalbaar. We zullen dus met grofweg hetzelfde aantal mensen aan de groeiende zorgvraag moeten voldoen. Ook dat vraagt om verandering.

Kortom, de ambitie om de zorg voor iedereen kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden, stelt ons voor de volgende grote opgaven:

- Inzetten op gezondheid door middel van preventie en ondersteuning, zodat zorgvragen worden voorkomen of minder zwaar worden. Daarbij gaat het zowel om het bevorderen van een gezonde leefstijl als om het versterken van de sociale omgeving en zelfredzaamheid van mensen. Ondersteuning vanuit het sociaal domein en het aanpakken van niet-zorggerelateerde vraagstukken zijn hierbij van groot belang.
- Afremmen van medicalisering: niet elke hulpvraag is een zorgvraag en niet bij elke zorgvraag past een medisch antwoord. Vroege signalering en waar nodig een brede en snelle probleemverheldering zijn essentieel om bij een hulpvraag de juiste vorm van ondersteuning te bepalen. Dat kan zorg zijn, maar ook hulp in het sociale (welzijns-)domein.
- Behouden van de beschikbare zorgprofessionals door het werkplezier te vergroten, aandacht te hebben voor een veilige werkomgeving en de fysieke en mentale gezondheid van zorgprofessionals, de uitstroom van zorgprofessionals te verminderen en blijvende aandacht te hebben voor nieuwe (zij-)instroom.
- Optimaal inzetten van de beschikbare capaciteit die we hebben, zonder verspilling van de tijd en energie van mensen en geld.
- Waarborgen van een gelijke toegang tot zorg van goede kwaliteit voor alle groepen in de samenleving, zodat mensen tijdig de zorg krijgen die ze nodig hebben. Daarbij is het van belang rekening te houden met de (culturele en sociaaleconomische) diversiteit van de bevolking.
- Verder verbeteren van de uitkomsten van zorg door beter samen te werken vanuit een goed werkende (digitale) infrastructuur en door bewezen innovaties snel en effectief op te schalen en zorg af te schalen die niet (meer) passend is.
- Verder verduurzamen van de zorg.

Met de afspraken in dit Integraal Zorgakkoord (IZA) willen de ondertekenaars een antwoord bieden op deze opgaven. De focus van dit akkoord ligt op de zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt, waarbij waar relevant ook het sociaal domein wordt betrokken. Afspraken over verdere verduurzaming van de zorg krijgen een plek in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 en maken daarom geen onderdeel uit van het IZA.

2 Waar gaan we naartoe: passende zorg, samen met de patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid

Vier voorbeelden van passende zorg

Om de opgaven die voor ons liggen aan te pakken, willen en moeten we de zorg anders en beter organiseren. Op tal van plaatsen in ons land zien we al hoe het anders kan. Zo zien we intensievere samenwerking in de regio, zien we meer samenwerking tussen de eerste en tweede lijn en zijn er goede lokale initiatieven gericht op samenwerking tussen de zorg en het sociaal domein. We noemen hier vier inspirerende voorbeelden.

Geïntegreerde aanpak psychische problemen

Hulp voor mensen met langdurige psychische problemen vergt maatwerk, maar is nog vaak versnipperd. In de samenwerking 'Optimaal Leven' bundelen Drentse gemeenten, twee grote zorgverzekeraars en de zorgorganisaties Cosis, GGZ Drenthe en VNN de krachten om te komen tot geïntegreerde zorg en begeleiding voor deze kwetsbare groep. De korte lijnen binnen de teams, en met samenwerkingspartners, cliënten en naasten zorgen ervoor dat medewerkers meer voor cliënten kunnen betekenen en dat cliënten zich meer gezien voelen en de voordelen ervaren van één loket. In de proeftuinfase is gebleken dat deze samenwerking bijdraagt aan de participatie en zelfredzaamheid van cliënten. Door de positieve resultaten is Optimaal Leven sinds 1 januari 2022 onderdeel gemaakt van de reguliere zorg.

Hartzorg dichtbij huis

Voor grotere ingrepen moeten hartpatiënten vaak naar een ziekenhuis dat verder weg is. Terwijl ze zelf het liefst dicht bij huis worden geholpen. Dat is voor hun familie ook veel prettiger. Alle ziekenhuizen in Groningen en Drenthe werken daarom samen in HartNet Noord Nederland. Een grotere ingreep wordt gedaan door een specialist in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en de patiënt kan na de ingreep herstellen in zijn vertrouwde ziekenhuis dichtbij huis. Voor controles kan hij bij zijn eigen cardioloog of bij de huisarts terecht. En daar varen hartpatiënten wel bij.

Samenwerken aan beter bewegen

Beweging is belangrijk om fysiek en mentaal gezond te blijven. Toch hebben steeds meer mensen beweegklachten. Wanneer klachten niet worden behandeld, kunnen chronische aandoeningen ontstaan zoals hart- en vaatziekten, diabetes en depressie. Om mensen met beweegklachten effectief te helpen bij het voorkomen of behandelen van klachten is het Beweeghuis gestart; een regionaal zorgnetwerk in Maastricht-Heuvelland. In het netwerk werken medisch specialisten van het Maastricht Universitair Medisch Centrum+, huisartsen, fysiotherapeuten en beweegcoaches intensief samen om behandelingen zo persoonlijk en passend mogelijk te maken. Daarnaast verzamelt en analyseert het netwerkgegevens over diagnostiek en behandeling. Hiermee ontwikkelen zij nieuwe kennis en inzichten. De nieuwe inzichten worden gedeeld tijdens scholingsbijeenkomsten, zodat alle professionals effectief werken volgens de laatste wetenschappelijke inzichten.

Chemofiets

In 2019 is het OLVG in Amsterdam van start gegaan met een pilot om oncologische zorg thuis te leveren, verricht door de oncologieverpleegkundige op een elektrische bakfiets. In drie jaar tijd zijn al ongeveer negenhonderd behandelingen thuis uitgevoerd. Dit wordt als prettiger en minder

belastend voor de patiënt ervaren, die bijvoorbeeld minder tijd kwijt is met de behandeling. Het draagt ook bij aan minder CO₂-uitstoot, doordat er minder reisbewegingen zijn van patiënten van en naar het ziekenhuis. Een mooi voorbeeld van de juiste zorg op de juiste plek én van duurzame zorg.

De hierboven beschreven cases zijn voorbeelden van wat we noemen passende zorg: zorg die aantoonbaar effectief is en meerwaarde heeft voor de patiënt, waarbij de patiënt centraal staat, zorg die op de juiste plek wordt aangeboden en zorg waarbij de nadruk ligt op gezondheid.

Het recent verschenen Kader Passende Zorg¹ beschrijft wat er moet gebeuren om de zorg toekomstbestendig te maken. De ondertekenaars van dit Integraal Zorgakkoord sluiten zich aan bij de ambitieuze missie uit het Kader Passende Zorg: “In 2040 draagt de zorg optimaal bij aan het gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland, in het besef dat daarvoor niet meer mensen en middelen beschikbaar zijn dan nu en dat dit gepaard moet gaan met de laagst mogelijke impact op klimaat en milieu.” In lijn met datzelfde Kader Passende Zorg betekent het dat we werken met het volgende gedeelde kompas, bestaande uit de vier principes van passende zorg:

- Passende zorg is waarde gedreven (dat betekent allereerst dat zorg aantoonbaar effectief is en meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen).
- Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, ondersteund door informatie passend bij de vaardigheden van de patiënt.
- Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek.
- Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Daarnaast is passende zorg alleen te realiseren met voldoende zorgprofessionals, die met plezier aan het werk zijn én blijven in de zorgsector.

- Passende zorg kan alleen vormgegeven worden in een prettige en goede werkomgeving voor zorgprofessionals.

Samen zijn dit de vijf uitgangspunten die de basis vormen van dit akkoord en richting geven bij de uitwerking ervan.

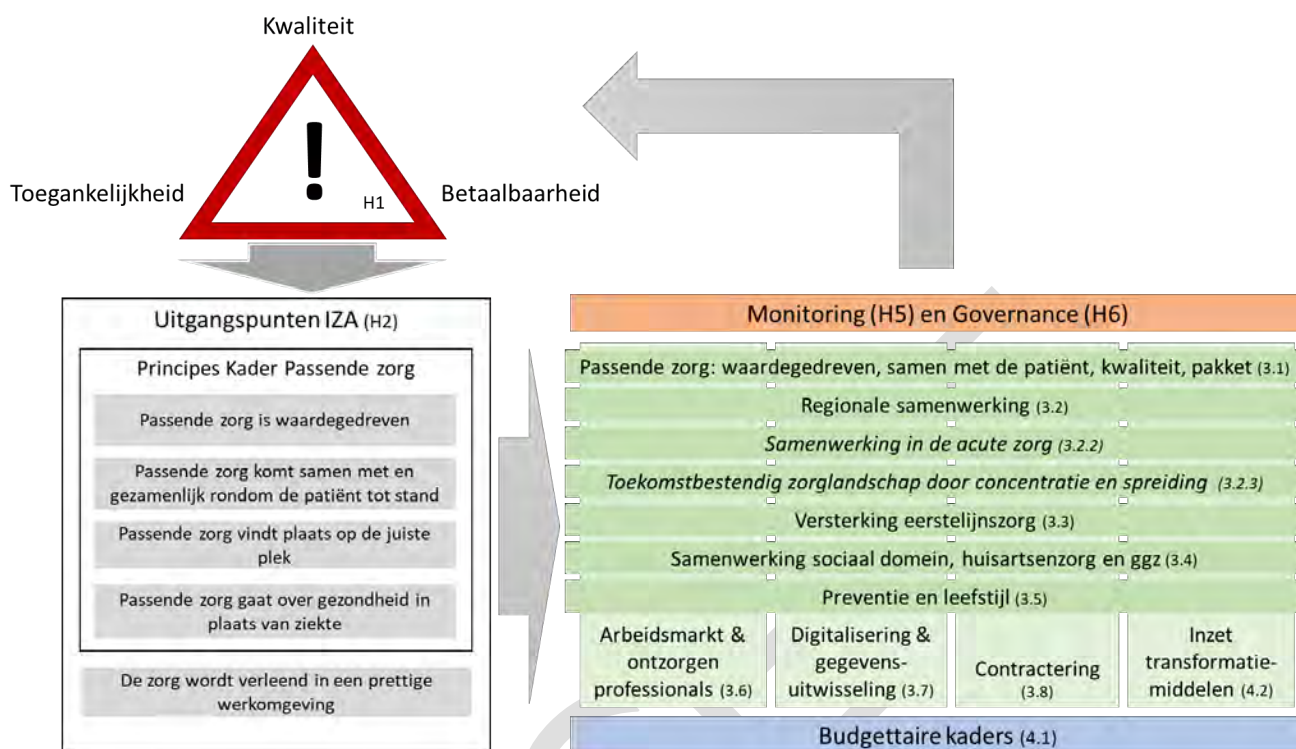
3 Afspraken: wat gaan we doen de komende jaren?

Passende zorg vraagt om verandering. Die verandering gaan we niet binnen een paar jaar of binnen één kabinetsperiode realiseren. We moeten er wel vandaag mee beginnen. Hieronder gaan we nader in op de thema's waarlangs we dit akkoord uitwerken en waarbinnen we de afspraken maken die voor de komende vier jaar de verandering in gang moeten zetten. Die afspraken zijn niet vrijblijvend; verandering is dringend nodig om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te behouden en te verbeteren.

De beoogde verandering is uitgewerkt in inhoudelijke thema's en meer algemene thema's. Zie ook onderstaand schema. Er zijn budgettaire kaders vastgelegd waarbinnen de zorgkosten zich de komende vier jaar kunnen ontwikkelen. De komende periode zal uitgewerkt en bewaakt worden dat de realisatie van de IZA-thema's voldoende bijdraagt aan de beoogde ontwikkeling van de zorgkosten. Het IZA programma zal permanent worden gemonitord op zowel de voortgang van de afgesproken activiteiten als in het realiseren van de beoogde verbeteringen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Het IZA programma is dynamisch: op basis van de monitoring zal indien nodig worden bijgestuurd om de doelen te realiseren.

¹ [Kader Passende Zorg | Rapport | Rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kader-passende-zorg)

Dit hoofdstuk bevat een samenvatting van de verschillende thema's. De volledige themateksten zijn te vinden in de bijlage. Ook staat er in de bijlage een overzicht van alle actiepunten.



3.1 Passende zorg: waardegedreven - samen met de patiënt, kwaliteit en pakket

Waardegedreven zorg gaat uit van de behoefte en de persoonlijke context van de patiënt of cliënt en diens naasten, gaat om gezondheid, functioneren en kwaliteit van leven in plaats van om ziekte en om de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek. Waardegedreven zorg is effectief, gaat uit van een aanvaardbare prijs voor de gemeten patiëntrelevante gezondheidswinst en een doelmatige inzet van zorgprofessionals. Dit doen we vanuit een bewustzijn dat we de zorg met elkaar in de toekomst ook toegankelijk moeten houden. Bovendien willen we de klimaat- en milieu-impact van de zorg minimaliseren. In deze paragraaf maken partijen afspraken over hoe we op het terrein van kwaliteit en pakketbeheer de transformatie naar waardegedreven zorg samen met de patiënt/cliënt en diens naasten verder kunnen brengen en hoe we kunnen bijdragen aan de maatschappelijke opgave (arbeidsmarkt en financiële houdbaarheid) waarvoor we staan.

We maken afspraken over de volgende zaken:

- *Continue leer- en verbetercyclus door zorgprofessionals en patiënten*
De inzichten over passende zorg worden beschreven in kwaliteitsstandaarden en professionele richtlijnen. Zorgaanbieders maken informatie over de resultaten van zorg structureel transparant en begrijpelijk beschikbaar voor patiënten. Zo kunnen patiënten deze informatie gebruiken bij de keuze voor een zorgaanbieder en bij de keuze voor een behandeling. Deze informatie is ook beschikbaar voor verzekeraars, zodat zij passende (en aantoonbaar effectieve) zorg kunnen inkopen.
- *Voortzetting, focus en vereenvoudiging van programma's/projecten*
Er zijn veel lopende programma's op het gebied van passende zorg. Partijen maken afspraken over de afstemming tussen deze programma's voor wat betreft doelstellingen en aanpak. Ook onderzoeken partijen de mogelijkheden en toepasbaarheid en verbreding van programma's naar andere sectoren. Daarbij inventariseren/identificeren partijen voor 1 januari 2023 doublures in activiteiten en overleggen die geschrapt kunnen worden om daar in 2023 uitvoering aan te geven. Het doel: versnippering tegen gaan.

- *Naar een beheersbaar en efficiënt kwaliteitsregistratielandschap*
Partijen zetten het traject om toe te werken naar een beheersbaar en efficiënt kwaliteitsregistratielandschap door. Daarnaast wordt bekeken of en hoe het programma Regie op Registers dure geneesmiddelen aan de governance voor kwaliteitsregistraties kan worden toegevoegd, evenals de aansluiting van de niet-medisch-specialistische zorgsectoren, rekening houdend met de specifieke bijzonderheden van die sectoren.
- *Uitkomstinformatie die er voor de patiënt toe doet*
We continueren en versterken het programma Uitkomstgerichte Zorg voor de msz. We verbreden op basis van de *lessons learned* de inzet op uitkomstgerichte zorg ook naar andere sectoren, te beginnen met de paramedische zorg per 1 januari 2023. De ambitie is dat in 2025: 1) zorgaanbieders in alle sectoren uitkomstgericht werken hebben geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk²; 2) samen beslissen is ingebed in de gehele zorg en dus alle domeinen; 3) daartoe in de msz voor 50% van de ziektelast uitkomstinformatie transparant beschikbaar is.
- *Cyclus van gepast gebruik als motor voor passende zorg*
Partijen hanteren de cyclus van gepast gebruik in sectoren, zo nodig toegespitst op het ontwikkelstadium van die specifieke sector. Deadline voor geconcretiseerde afspraken over het verbreden van deze cyclus en bijbehorende werkagenda is 1 maart 2023. Veldpartijen maken gezamenlijk per sector voor 1 juli 2023 een agenda van de kennisvragen en implementatievraagstukken die maatschappelijk het meest impactvol zijn. Partijen committeren zich aan de uitvoering van het benodigde onderzoek en inclusie van patiënten en spreken af dat de (de)implementatie in principe binnen 1 jaar tot aantoonbaar resultaat leidt, waarbij partijen een redelijke termijn afspreken als dat meer passend is.
- *Kader passende zorg, pakketbeheer en passende zorgpraktijken*
We maken afspraken voor de korte en lange termijn. VWS werkt voor 1 januari 2023 samen met het Zorginstituut en ZN uit hoe kennis uit bestaande programma's (zorgevaluatie en gepast gebruik, uitkomstgerichte zorg, juiste zorg op de juiste plek) over passende zorg samengebracht en ontsloten kan worden ten behoeve van het zetten van stappen richting passende zorg bij de inkoop 2024 en hoe dit gekoppeld kan worden aan passende zorgpraktijken. Daarbij stuurt het ministerie van VWS in het najaar van 2022 een Kamerbrief over de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket. Daarmee agendeert het ministerie pakketbeheer politiek. In 2023 wordt dit met partijen nader geconcretiseerd en de aanpassing van wet- en regelgeving voorbereid.
- *Dure geneesmiddelen*
We maken afspraken om de kostengroei van dure geneesmiddelen af te remmen. Daarmee waarborgen we de beschikbaarheid van dure geneesmiddelen, o.a. via pakketbeheer, beheerste instroom van nieuwe geneesmiddelen en gepast gebruik.
- *Risicoverevening*
We doen onderzoek naar hoe we de risicoverevening kunnen verbeteren, om de energie van en prikkels voor zorgverzekeraars te richten op de zorginkoop van goede, passende en doelmatige zorg.

Van belang is dat eenmalige registratie daadwerkelijk mogelijk is en meervoudig gebruik voor meerdere doeleinden mogelijk wordt. Zo wordt grote registratielast voorkomen. Hiervoor wordt verwezen naar de concrete afspraken op het terrein van secundair datagebruik in het hoofdstuk Digitalisering en gegevensuitwisseling. Een randvoorwaarde is inzicht in de toepassing van passende zorg. Partijen spreken af om per 1 juli 2023 een spiegelinfrastructuur te hebben ingericht die ondersteunt bij de monitoring van passende zorg.

² Waar geen uitkomstmaten haalbaar zijn, zijn zorgaanbieders zo transparant mogelijk via proces en/of structuurindicatoren of kwaliteit audits.

3.2 Regionale samenwerking

3.2.1 Algemeen

Om passende zorg te realiseren is regionale en lokale samenwerking nodig. Samenwerken is noodzakelijk, maar ook complex; het vraagt van zorgpartijen én van de overheid om verder te kijken dan het eigen belang. Ook vraagt betere samenwerking soms om moeilijke keuzes in het afbakenen en toekomstbestendig organiseren van zorg.

We maken de volgende afspraken:

- *Algemene afspraken*
Zorgpartijen zetten in op het organiseren van passende en integrale zorg in de regio en voeren de daarvoor noodzakelijke veranderingen door. Dit begint met het goed in kaart brengen van de feitelijke situatie in een zogenaamd regiobeeld. Op basis van dit regiobeeld wordt door de regionale zorgpartijen een regioplan opgesteld. Deze partijen committeren zich in dit plan aan de belangrijkste opgaven in de regio.
- *Opstellen regiobeelden en regioplannen*
Zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders, zorgprofessionals, vertegenwoordigers vanuit burgerperspectief (waaronder patiëntperspectief) en de overheid stellen in gezamenlijkheid criteria op voor de regiobeelden en -plannen, gebaseerd op goede voorbeelden uit de praktijk. Uiterlijk eind Q2 2023 heeft elke regio het al bestaande regiobeeld herijkt. In elke regio wordt met behulp van het regiobeeld door partijen een regioplan opgesteld waarin voor de belangrijkste regionale opgaven afspraken worden gemaakt over welke partijen met welke oplossingen aan de slag gaan. Komen de regionale zorgpartijen in gezamenlijkheid niet voor 1 januari 2024 tot afspraken die voldoende scherp zijn om de transformatieopgaven voor elkaar te krijgen? Dan zullen zorgverzekeraars en gemeenten, onderbouwd en transparant in hun zorginkoopbeleid, als dat nodig is sturen op aanvullende maatregelen om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg in de regio te borgen (vanuit hun zorgplicht).
- *Organisatie van regionale samenwerking*
Voor het opstellen van het regiobeeld en regioplan realiseren zorgpartijen in de zorgkantorregio in onderlinge samenspraak een werkbare organisatie waarin partijen zorgbreed en verbindend zijn gerepresenteerd. In veel regio's bestaat al een dergelijk samenwerkingsverband. Daarom werken we vanuit en bouwen we voort op bestaande structuren. Zorgverzekeraars zien te allen tijde toe op een samenhangende set van afspraken met de verschillende zorgaanbieders en over de verschillende zorgsectoren heen. Daarbij wordt ook gekeken naar de samenhang tussen de regioplannen en andere afspraken, zoals bijvoorbeeld de ROAZ-plannen of regio-overstijgend arbeidsmarktbeleid.
- *Specifieke transformatieplannen*
In de praktijk ligt het zwaartepunt bij het maken van specifieke, praktische transformatieplannen tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en indien van toepassing gemeenten. Deze afspraken worden decentraal, op het bijpassende niveau gemaakt tussen de betrokken partijen. Iedere regio kent zijn eigen opgaven. Daarom moet er ruimte voor maatwerk blijven; knellende centrale kaders, landelijke blauwdrukken of verantwoordingseisen zijn niet wenselijk.
- *Randvoorwaarden voor regionale samenwerking*
Een aantal randvoorwaarden wordt geadresseerd in andere thema's van het IZA. Daarnaast faciliteert de overheid (regionale) samenwerking door het inventariseren, toetsen en oplossen van knelpunten bij de organisatie in (domein overstijgende) regionale samenwerkingsverbanden, in het bijzonder waar dat raakt aan wet- en regelgeving rondom privacy, bekostiging en mededinging. Voor domein overstijgende bekostiging wordt een specifieke werkgroep ingesteld. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid spreken af in 2023 gezamenlijk in kaart te brengen welke regionale systeemfuncties er zijn. Ook maken ze dan afspraken over het regionaal organiseren hiervan, gekoppeld aan een transparante, kostendekkende en passende wijze van inkoop.

3.2.2 Samenwerking in de acute zorg

De kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg staan onder druk. Om met de beperkt beschikbare mensen en middelen de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor elke Nederlander te kunnen blijven borgen, maken we afspraken over het voorkomen van acute zorg, zorgcoördinatie en triage, kwaliteit van acute zorg, differentiatie, concentratie en spreiding, samenwerken in de keten, ROAZ-plannen, delen van informatie en bekostiging. Zo wordt er gewerkt aan scenario's voor zorgcoördinatie, implementatie en doorontwikkeling van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, het vervangen van de 45-minutennormen voor SEH's en afdelingen acute verloskunde door een bredere set van (kwaliteits)normen voor tijdkritische aandoeningen en de behandeling van multitraumapatiënten in traumacentra. Samenwerking in de keten wordt gestimuleerd en de ROAZ-en gaan plannen maken voor de acute zorg in de regio. Capaciteitsinformatie zal worden gedeeld en knelpunten in de bekostiging worden in kaart gebracht.

3.2.3 Toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding

Om toekomstbestendige msz te organiseren, zetten we in op de kwaliteit van zorg en transparantie over die kwaliteit, op het bevorderen van het innoverend vermogen van msz en op het versterken van de samenwerking binnen de msz. Een belangrijk aspect bij die samenwerking is de versnelling van de beweging rondom concentratie en spreiding van zorg: dichtbij huis waar het kan voor de meer eenvoudige specialistische zorg, wat verder van huis voor de hooggespecialiseerde complexe zorg. We pakken dat stapsgewijs aan, en kijken in eerste instantie naar complexe oncologische zorg en naar vaatchirurgie. Daar is veel winst te behalen. De samenwerking geldt zowel op landelijk als op regionaal niveau.

We maken hierover de volgende afspraken:

- *Concentratie hoogcomplexe zorg*
 - o Onder leiding van het Zorginstituut wordt een wetenschappelijke overlegtafel ingericht. Deze wetenschappers stellen op basis van bestaande kennis hogere volumenormen vast voor behandelingen voor complexe oncologische zorg en vaatchirurgie. Daarbij geldt een algemene minimum volumenorm van 100 (PM bespreekpunt) ingrepen per instelling per jaar. Want kwalitatief goede complexe zorg vraagt om het maken van voldoende 'vliegrepen'.
 - o De vaststelling van deze volumenormen, inclusief eventuele onderbouwde afwijkingen van het uitgangspunt van 100 ingrepen per instelling per jaar, is uiterlijk 1 januari 2024 gereed.
 - o De NZa brengt parallel aan dit proces in kaart binnen welke instellingen deze ingrepen al worden uitgevoerd, wat de bijbehorende volumes zijn en wat een verhoging van de volumenormen betekent in termen van concentratie.
 - o Toezichthouders en zorgverzekeraars zien per 1 januari 2026 toe op de opvolging van deze volumenormen.
 - o Vanaf 2024 starten we met de tweede fase, waarbij we breder kijken welke andere behandelingen ook vragen om concentratie of spreiding. Hiervoor stellen we volumenormen vast uiterlijk op 1 januari 2026. Implementatie hiervan (door verzekeraars en toezichthouders) vindt plaats per 1 januari 2028.
- *Overige afspraken tussen VWS en partijen:*
 - o We werken nadere afspraken uit over de verdere ontwikkeling van de kwaliteit van de zorg en de transparantie daarover.
 - o We ontwikkelen een msz-netwerk op zowel regionaal, landelijk als op internationaal niveau.
 - o We voeren expertiseconsulten in, met tussentijds ruimte voor evaluatie, voor zeldzame aandoeningen.

We zorgen voor ondersteuning van de beoogde concentratie van complexe zorg via de beschikbare transformatiemiddelen.

3.3 Versterking organisatie eerstelijnszorg

Als gevolg van de vergrijzing, de beweging naar passende zorg en omdat mensen langer thuis blijven wonen, zullen steeds meer mensen voor complexere zorgvragen een beroep doen op eerstelijnszorg. De eerstelijnszorg is grotendeels kleinschalig en monodisciplinair georganiseerd. Patiënten die zorg nodig hebben van meerdere professionals, hebben daardoor ook vaak te maken met meerdere zorgaanbieders. De huidige structuur van de eerstelijnszorg betekent tegelijkertijd dat er veel op individuele zorgverleners aankomt. Dit leidt ertoe dat zorgverleners steeds minder met zorgverlening en steeds meer met randzaken bezig zijn. De huisarts staat als spil van die eerstelijnszorg onder grote druk. Desondanks zien we in regio's en binnen beroepsgroepen mooie voorbeelden die laten zien hoe samenwerking en organisatie op lokaal en regionaal niveau kan leiden tot betere zorg en meer werkplezier. Met de afspraken willen we toewerken naar een eerstelijnszorg die blijvend beschikbaar en toegankelijk is voor iedereen.

We maken de volgende afspraken:

- *Visie en plan van aanpak*
Voor het einde van 2022 werken partijen een visie uit op de eerstelijnszorg van 2030. Thema's die in de visie worden geadresseerd zijn gericht op de kwaliteit van zorg en behandeling voor de patiënt. Generalistisch waar het kan en specialistisch waar het moet. We geven speciale aandacht aan het werkplezier en de ruimte voor professionaliteit van zorgverleners en op de houdbaarheid van de eerstelijnszorg. Ook wordt een gezamenlijk plan van aanpak tot het jaar 2026 gemaakt. De uitvoering van het plan van aanpak moet ertoe leiden dat er tussen 2023 en 2026 in elke regio in Nederland voortvarend gewerkt wordt aan de realisatie van de visie op de eerstelijnszorg in 2030 en er concrete stappen vooruit worden gezet. Om te stimuleren dat zorgverzekeraars via de inkoop actief sturen op versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg, treft VWS voorbereidingen om per 2024 multidisciplinaire zorg binnen de financiële kaders van de eerstelijnszorg opnieuw vorm te geven.
- *Voorkomen van zorg*
Om de druk op de (basis)zorg te verminderen, werken partijen aan het voorkomen van oneigenlijke zorgvragen en aan het bevorderen van de zelfredzaamheid van burgers. Dat doen we onder meer door de doorontwikkeling van, en een steviger inbedding in het zorglandschap van digitale (zelf)zorgmiddelen.
- *Optimaal benutten van beschikbare personele capaciteit en expertise*
 - o Om huisartsenzorg toekomstbestendig te organiseren, is het essentieel om de beheersing van de instroom en optimalisering van de doorstroom van patiënten in de huisartsenpraktijk te verbeteren. Meer tijd voor de patiënt (MTVP) is hierbij van belang. Bij de totstandkoming van MTVP gaat het om een combinatie van maatregelen, zoals taakherschikking, optimalisatie van de praktijkvoering, samenwerking met andere zorgprofessionals en met het sociaal domein en om digitalisering.
 - o Om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te ondersteunen bij de gezamenlijke afspraken over MTVP, spreken betrokken partijen af een leidraad te ontwikkelen op basis van eerdere ervaringen en evaluaties, met als streven per 1 januari deze gereed te hebben. Huisartsen, regionale huisartsenorganisaties en zorgverzekeraars maken vanaf 2023 concrete afspraken over MTVP om voor elke patiënt passende tijd te organiseren. Partijen onderzoeken met de NZa of het mogelijk is om MTVP per 2024 op een structurele manier in te bedden in de bekostiging.
 - o Aanvullend onderzoeken partijen de mogelijkheden om de beschikbare capaciteit van andere zorgverleners in de eerste lijn optimaal te benutten, om zo de stijgende zorgvraag op te vangen en beschikbare competenties beter te benutten, zoals de inzet van de expertise van het apothekersteam en paramedische disciplines.
- *Organiseren en samenwerken*
De lopende inzet op versterking van de organisatiegraad binnen de verschillende beroepsgroepen op wijk- en regioniveau wordt voortgezet, waaronder de afspraken rondom de herkenbare en aanspreekbare teams binnen de wijkverpleging en versterking van de organisatiegraad in de paramedische zorg en farmaceutische zorg. Vanuit de VVT zijn in de meeste regio's regionale coördinatiefuncties opgezet voor tijdelijk verblijf in de vorm van

eerstelijnsverblijf. In enkele regio's is de scope al verbreed. Bij de verdere vormgeving wordt onderzocht of combinatie van coördinatie (sub)acute zorg en aanspreekbare en herkenbare wijkverpleging mogelijk en/of wenselijk is.

- *Inhoud en kwaliteit van zorg*

Er worden verschillende afspraken gemaakt over de doorontwikkeling van de inhoud en kwaliteit van zorg binnen de eerstelijnszorg.

- o Het traject 'passende aanspraak fysiotherapie en oefentherapie' wordt voortgezet.
- o De Handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis wordt breed geïmplementeerd.
- o De Handreiking Netwerksamenwerking en gezamenlijk indiceren in de wijk wordt breed geïmplementeerd.
- o Partijen maken een gezamenlijk plan voor bredere implementatie van goede voorbeelden van zorg op het snijvlak van de eerste en tweede lijn.
- o De lopende programma's voor onderzoek en kwaliteitsontwikkeling in de eerstelijnszorg krijgen een passend vervolg tot 2026. VWS onderzoekt of, en zo ja hoe investeringen in onderzoek en kwaliteit daarna structureel geborgd kunnen worden.
- o Partijen maken afspraken ter versterking van de samenwerking en samenhang tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein, zoals 'Welzijn op recept'.

- *Inzet van de incidentele midden voor de versterking van de organisatiegraad basiszorg uit het coalitieakkoord*

VWS stelt tot en met 2026 middelen beschikbaar voor een stimuleringsprogramma voor de (door)ontwikkeling van samenwerking en organisatie in de eerstelijnszorg. Dat stimuleringsprogramma gaat op 1 januari 2023 van start. De uitwerking van programmaonderdelen en subsidievoorwaarden sluit aan bij de ontwikkeling van de visie en het plan van aanpak en loopt parallel.

3.4 Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz

Veel mensen krijgen ergens in hun leven te maken met psychische klachten. Soms hebben ze daar hulp bij nodig. Zij zoeken dan ondersteuning of zorg in het sociaal domein, de huisartsenzorg en/of de ggz. Het aantal patiënten dat een beroep doet op deze voorzieningen stijgt (met uitzondering van 'coronajaar' 2020) al jaren. De toenemende vraag in combinatie met een schaarste aan personeel zet deze ondersteuning en zorg onder hoge druk. Een van de effecten hiervan is dat er lange wachttijden bestaan voor deze zorg, waardoor huisartsen lang verantwoordelijk zijn voor mensen met een complexe ggz-hulpvraag. Professionals in het sociaal domein ervaren daarnaast een toename van het aantal mensen met complexe problematiek dat geen of geen tijdige behandeling kan krijgen. Tegelijkertijd zien we dat de ggz zich nog te vaak richt op relatief 'lichte' hulpvragen, die (deels) ook buiten de ggz opgepakt kunnen worden. Ook is het in de praktijk vaak moeilijk om (bijvoorbeeld bij de triage) snel de juiste expertise te organiseren. Een van de oorzaken hiervan is dat de samenwerking in de driehoek sociaal domein – huisarts/POH - ggz nog niet altijd en overal optimaal verloopt.

We maken de volgende afspraken:

- *Versterken sociaal domein en sociale basis*

Landelijke implementatie in de komende vijf jaar van een passende regionale werkwijze die zorg en welzijn verbindt voor mensen met psychische klachten. Ook komen we de komende vijf jaar tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten en digitale lotgenotengroepen voor mensen met psychische klachten.

- *Verbeteren samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz-zorg*

In 2023 en 2024 wordt toegewerkt naar een zo uniform mogelijke en bij de regio passende werkwijze (en organisatie), gericht op samenwerking tussen huisartsenzorg, ggz-zorg en sociaal domein bij triage en samenwerking tijdens en na zorg- en ondersteuningstrajecten. Daarnaast wordt vanaf 2025 het verkennende gesprek het uitgangspunt voor een (voorgenomen) verwijzing van patiënten met ggz problematiek én voor problemen op andere levensdomeinen door de huisarts naar de ggz. Inzet voor lichte problematiek is digitaal waar dat kan en/of via zelfhulpmodules waar dat kan. In relatie tot de druk bij huisartsenposten is

per 2024 geregeld dat de grootste geïntegreerde zorgaanbieder in de regio de leiding heeft genomen om de regionale bereikbaarheid van ggz buiten kantooruren te organiseren.

- *Wettelijke en financiële mogelijkheden domein-overstijgende samenwerking*
VWS stelt een werkgroep met relevante partijen in die met voorstellen komt met oplossingen voor wettelijke en financiële knelpunten bij domein-overstijgende samenwerking. Zie ook de paragraaf over regionale samenwerking.

3.5 Preventie en leefstijl

Gezondheid is een breed begrip. Het betreft het fysieke, mentale én maatschappelijk welzijn van mensen en wordt voor een groot deel beïnvloed door de leefomgeving, het (kunnen) toepassen van een gezonde leefstijl, (mentale) gezondheidsvaardigheden en de mate waarin iemand mee kan doen in de samenleving. Daarbij staan fysieke en mentale gezondheid in wisselwerking met elkaar. De zorgpartijen, voelen zich er gezamenlijk voor verantwoordelijk om mensen met een gezondheidsklacht, psychische kwetsbaarheid, aandoening of ziekte, te helpen op een zo gezond mogelijke wijze te laten leven en daarbij gezondheidsachterstanden terug te dringen.

Een gezonde leefstijl in de breedste zin van het woord met aandacht voor een gezonde leefomgeving, vanaf het prille begin van het leven, zal onderdeel moeten gaan uitmaken van het dagelijks leven van burgers. Als daarbij ondersteuning nodig is, is het publieke of sociale domein daarvoor de eerst aangewezen plek. De bijdrage vanuit de Zvw-verzekerde zorg ligt op de inzet op geïndiceerde preventie (mensen met verhoogd risico op ziekte), zorg gerelateerde preventie (patiënten), het versterken van gezondheidsvaardigheden en zelfzorg, leefstijl als (onderdeel van de) behandeling en de verbinding met de gemeentelijke domeinen. Hierop inzetten draagt bij aan het kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg.

We maken de volgende afspraken:

- *Inzet en veranderopgave algemeen*
 - o Elke partij (niet VWS) beschrijft uiterlijk 1 juli 2023 welke inzet en veranderopgave voor hem/haar specifiek nodig is om de gewenste beweging naar inzet op gezondheid te creëren en borgt dat binnen zijn eigen achterban. Iedere partij betreft hierin de landelijke gezondheidsdoelen (zoals Nationaal Preventieakkoord) en heeft oog voor het verkleinen van gezondheidsachterstanden.
 - o VWS stelt per 1 januari 2023 meerjarig middelen beschikbaar voor de uitvoering van een nader te vormen brede leefstijlcoalitie.
- *Preventie-infrastructuur*
Zorgverzekeraars en gemeenten maken zo snel mogelijk, maar uiterlijk 1 januari 2025, niet-vrijblijvende regionale samenwerkingsafspraken over gezondheidsbevordering. Daarnaast richten zorgverzekeraars en gemeenten met ingang van 1 januari 2024 de volgende ketenaanpakken in: kansrijke start, valpreventie bij ouderen, aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen, de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht van volwassenen en welzijn op recept. Hierover worden (bijv. in een addendum) nadere bestuurlijke afspraken gemaakt. Het Zorginstituut adviseert op verzoek over de benodigde inzet vanuit de gemeentelijke domeinen.
- *Netwerkstructuur professionals*
Zo snel als mogelijk, maar uiterlijk 1 januari 2025, richten de partijen een regionale netwerkstructuur in waarin professionals uit het gemeentelijk domein en zorgprofessionals in de eerste, tweede en derde lijn samenwerken. Deze structuur sluit aan bij de in te richten regionale preventie-infrastructuur.
- *Kennisontwikkeling*
De bestaande regionale kennisfunctie en innovatie- en organisatiekracht van de umc's op het gebied van preventie in de zorg en leefstijl wordt versterkt en benut door het brede zorgveld en waar passend ook door het sociaal domein in de regio. Ook ziekenhuizen en ggz pakken waar mogelijk deze rol op. Ook wordt de kennisfunctie van de GGD-en versterkt zodat zij gemeenten inhoudelijk kunnen ondersteunen bij het ontwikkelen van hun aanpak.

- *Afspraken vanuit of in het Zvw-domein*
Partijen die werkzaam zijn in het Zvw-domein streven ernaar dat uiterlijk 1 januari 2025 de inzet op gezonde leefstijl integraal onderdeel uitmaakt van de reguliere zorg voor mensen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte (risicogroepen en patiënten).
- *Onderzoek*
Het Zorginstituut werkt op basis van de verbeterde pakketcriteria voor (kosten)effectiviteit uit wat er nodig is om leefstijlinterventies binnen de Zvw te kunnen beoordelen. Daarnaast komt er een gecoördineerde landelijke onderzoeks-agenda voor preventieve leefstijlinterventies en bestaand (lokaal en regionaal) onderzoek wordt met elkaar in verbinding gebracht.
- *Richtlijnen en onderwijs*
Partijen verantwoordelijk voor richtlijnontwikkeling dragen ervoor zorg dat het uitgangspunt van leefstijl als (onderdeel van de) behandeling onderdeel is van de kwaliteitsstandaarden en professionele richtlijnen. Dit uitgangspunt komt ook in elke zorgopleiding en bijscholing aan de orde.
- *Patiënten*
Patiënten zijn goed geïnformeerd over de meerwaarde van een gezonde leefstijl bij de behandeling van hun klacht, aandoening of ziekte. De gewenste gedragsverandering wordt ondersteund en gestimuleerd. Patiënten-, cliënten- en naastenorganisaties en zorgprofessionals hebben hierin een stevige rol.
- *Financiële prikkel zorgprofessionals en zorgverzekeraars*
Zorgverzekeraars zorgen voor passende afspraken in de contractering met zorgaanbieders, zodat deze een stevige financiële prikkel hebben om in te zetten op gezondheid, duurdere vormen van zorg te voorkomen en de verbinding te leggen met zorgprofessionals uit het sociaal en publiek domein. De ruimte binnen de huidige bekostigingssystematiek wordt hierbij door zorgverzekeraars beter benut.
- *Randvoorwaarden*
Het voorkomen van gezondheidsproblemen kan alleen door vanuit breed maatschappelijk perspectief gezamenlijk te werken aan gezondheid. Dat ligt voor een groot deel buiten de invloedssfeer van de zorg. Hierbij ziet VWS voor zichzelf een belangrijke aanjagende rol om andere departementen gezondheidsbevordering mee te laten nemen in de overwegingen voor beleidskeuzes. Verder vraagt inzet op gezondheid om een integrale aanpak zowel binnen het Zvw-domein als tussen het Zvw-domein en de gemeentelijke domeinen. Hiervoor is een passende bekostiging een belangrijke randvoorwaarde. Waarbij het met name gaat om project- en coördinatiekosten (van preferente zorgverzekeraars en van zorgaanbieders) en voor het kunnen experimenteren met kansrijke aanpakken op het grensvlak van het medische en sociale domein. VWS stelt een werkgroep met relevante partijen in die met voorstellen komt met oplossingen voor wettelijke en financiële knelpunten bij domein-overstijgende samenwerking. Zie ook de paragraaf over regionale samenwerking.

3.6 Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals

Om aan de maatschappelijke opgave om met minder groei van het aantal zorgverleners aan de toekomstige zorgvraag te kunnen voldoen zullen we de goede en betrokken professionals die in de zorg (willen) werken moeten binden en boeien. Daarom is het nodig dat de zorg een aantrekkelijke sector is en blijft om in te werken. Op het gebied van zingeving en de daarmee samenhangende bevoegdheid van medewerkers scoort de zorg al uitstekend. Op andere gebieden moet de zorg nog een been bij trekken. Tot deze gebieden behoren onder meer:

1. Het te grote aantal uren dat aan onnodig administratief werk besteed wordt.
2. Het te geringe aantal ontwikkel-/loopbaanpaden.
3. Het gebrek aan ervaren tijd en ruimte voor opleiding, ontwikkeling en ontplooiing.

We maken daarom afspraken over de volgende zaken:

- *Professionele ruimte*
Met het oog op de transitie naar arbeidsbesparende passende zorg krijgen medewerkers ruimte om deze transitie mee vorm te geven en om zich te ontwikkelen opdat ze zich deze transitie eigen maken en zich daar optimaal bij in kunnen zetten.

- *Goed werkgeverschap/dialogo voor behoud en inzetbaarheid*
Zorgaanbieders schenken in doorlopende dialoog met hun medewerkers expliciet aandacht aan scholing- en loopbaanmogelijkheden, hersteltijd, de werk-privébalans en betrokkenheid bij strategie, beleid en uitvoering. Met het oog op het vergroten van de inzetbaarheid worden medewerkers in deze dialoog aangemoedigd om meer uren te werken.
- *Vermindering regeldruk*
Partijen committeren zich aan investeringen in werkdruk- en regeldruk verlagende acties binnen hun eigen invloedssfeer. Als gevolg daarvan ervaren alle zorgprofessionals dat zij in 2025 een substantieel kleiner deel van hun tijd kwijt zijn aan overbodige administratieve handelingen.
- *Bevorderen aantrekkelijkheid werken in loondienst*
Naast het zo aantrekkelijk mogelijk maken van werken in loondienst door goed werkgeverschap spreken partijen af dat schijnzelfstandigheid wordt vermeden. Binnen alle branches in zorg en welzijn worden werkafspraken gemaakt waarin de verantwoordelijkheden tussen medewerkers in loondienst en zzp'ers helder en eerlijk verdeeld zijn, o.a. rondom avond-, nacht- en weekenddiensten, scholing en beloning.
- *Sociale en technologische innovaties*
Partijen onderschrijven de noodzaak van het breed uitrollen en implementeren van gebleken effectieve innovaties. Daarbij is het lange termijn streven erop gericht om langs de lijn van passende zorg als norm arbeidsbesparende innovaties te betrekken bij de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket..
- *Opleiden en begeleidingscapaciteit*
We spreken onder andere af dat VWS zoveel mogelijk de voorkeursvariant uit de adviezen van het Capaciteitsorgaan volgt voor de centraal bekostigde opleidingen en dat er een kostendekkende vergoeding voor stagebegeleiding via de beschikbaarheidsbijdrage komt, waarbij VWS met de NZa zorgt dat uiterlijk 1-1-2024 is verkend langs welke route deze vergoeding uitgekeerd kan worden.
- *Eén financieel arrangement vanuit TAZ*
Het beschikbare budget voor arbeidsmarktbeleid zal integraal worden bezien, opdat een generiek instrumentarium beschikbaar komt dat ondersteunend is aan de noodzakelijke transitie naar anders werken in de regio, behoud van werknemers en leven lang ontwikkelen.
- *Ruimte voor arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de tarieven*
Om marktconforme arbeidsvoorwaardenontwikkeling mogelijk te maken spreken partijen af dat zorgverzekeraars bij de lokale onderhandelingen de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) volledig doorvertalen in de prijzen en contracten.
Dat neemt niet weg dat naast deze volledige doorvertaling er nog andere aspecten onderdeel zijn van de lokale onderhandelingen die in de contractbesprekingen met zorgaanbieder transparant en onderbouwd tot uitdrukking komen en mede bepalend zijn voor de totale afspraak.

3.7 Digitalisering en gegevensuitwisseling

Gegevensuitwisseling draagt bij aan goede en veilige zorg voor de patiënt/cliënt en is een essentiële randvoorwaarde om andere doelen uit het IZA te kunnen behalen. Het belang van privacy en gegevensbescherming verliezen we daarbij niet uit het oog. In 2025 willen we dat elektronische gegevensuitwisseling de standaard is in de zorg. Ook hebben dan alle inwoners van Nederland digitaal toegang tot - en de beschikking over - hun eigen zorggegevens via een Persoonlijke Gezondheidsomgeving. Passende zorg betekent ook steeds vaker hybride zorg: waar mogelijk gepersonaliseerd maatwerk met een mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg en ondersteuning van gezondheid. Uitgangspunten hierbij zijn: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.

We maken de volgende afspraken:

- *Set van kerngegevens*
Om continuïteit van zorg van de patiënt te kunnen borgen of te kunnen starten is in 2025 een set van kerngegevens uiterlijk binnen 24 uur na registratie beschikbaar voor elke zorgverlener

met een behandelrelatie, ongeacht het tijdstip en de plek waarop de patiënt geholpen moet worden.

- *Landelijk dekkend netwerk van ICT-infrastructuren en -systemen*
Onder regie van het ministerie van VWS komt er in 2022 een nationale visie en strategie over elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Deze visie en strategie moeten leiden tot databeschikbaarheid en eenheid van taal en techniek door een landelijk ict-infrastructuurnetwerk en bijbehorende afspraken. Dit geldt voor zowel primair als secundair gebruik met oog voor de verschillen tussen zorgsectoren.
- *Standaardisatie* Het wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) stelt het elektronisch uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners voor specifieke gegevensuitwisselingen onderling verplicht. Het ministerie van VWS stimuleert de doorontwikkeling van informatiestandaarden en belegt gedurende de IZA-periode het houderschap van deze standaarden. Het veld verbindt zich aan tijdige implementatie.
- *Generieke functies*
Uiterlijk in 2025 zijn de 6 generieke functies (lokalisatie, identificatie, authenticatie, autorisatie, toestemming en adressering) onder regie van het ministerie van VWS ingevuld met afspraken, diensten en/of voorzieningen. Deze zijn sector overstijgend beschikbaar en worden in de praktijk gebruikt.
- *Toestemming voor het delen van gegevens en privacy*
VWS bereidt een wetsaanpassing voor waardoor het mogelijk wordt om voor de acute zorg gegevens zonder toestemming beschikbaar te stellen in een elektronisch uitwisselingssysteem, tenzij de patiënt of cliënt bezwaar heeft (opt-out). Het veld voldoet voor 2025 aan de wettelijke eisen met betrekking tot de eigen informatieveiligheid.
- *Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)*
VWS ondersteunt de sectorale aansluiting op PGO's en faciliteert de komende jaren de communicatie over PGO's aan patiënten en zorgverleners. VWS zorgt voor aanpassing van wet- en regelgeving die nodig is om PGO's gebruiksvriendelijk, kosteneffectief en conform een gezond *businessmodel* te kunnen laten werken. Het veld committeert zich aan actieve deelname aan de uitwerking van de visie op PGO's en ontsluiting naar en uitwisseling met PGO's volgens de gezamenlijk opgestelde visie.
- *Transformatie naar hybride zorg*
Om de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden is een transformatie nodig naar hybride zorg: een mix van digitale en fysieke zorg. Patiënten en hun vertegenwoordigers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars identificeren de goede voorbeelden van hybride zorg en werken gezamenlijk mee aan de adoptie hiervan. Wetenschappelijke verenigingen, samen met hun beroepsgroepen en andere partijen, bevorderen dat professionals handvatten krijgen voor een passende inzet van hybride zorg in lijn met bestaande kwaliteitstandaarden/richtlijnen. Vanaf 2023 maken VWS, systeem- en veldpartijen jaarlijkse afspraken over transformatie van zorgprocessen die daarvoor geschikt zijn, waarbij hybride zorg het uitgangspunt is.
- *Data worden digitaal, eenduidig en gestandaardiseerd geregistreerd in het zorgproces en beschikbaar gesteld voor diverse secundaire doelen*
VWS werkt aan het wegnemen van bestaande (wettelijke) knelpunten. Het uitgangspunt daarbij is steeds dat de bescherming van de data van de burger en de zeggenschap daarover voorop staat. Uiterlijk in de eerste helft van 2023 worden sector overstijgend en per sector afspraken gemaakt ten behoeve van eenmalige registratie voor meervoudig gebruik. Secundaire doelen zijn o.a. wetenschappelijk toepast onderzoek, zorginkoop, zorgcoördinatie, kwaliteitsevaluatie, procesverbeteringen, gepersonaliseerde zorg, management- en stuurinformatie en (medtech) innovaties in de breedste zin van het woord.
- GGZ. Binnen de ggz maken we beter en meer gebruik van digitale zorg en ondersteuning, om de werkdruk op de ggz te verminderen en de toegang tot de ggz te verbeteren. Via digitale behandeling kunnen patiënten met een lichte tot matige, niet complexe zorgvraag sneller worden geholpen. De inzet voor lichte problematiek is digitaal waar dat kan en/of via

zelfhulpmodules waar dat kan (zie ook 3.4 verbeteren samenwerking huisartsen sociaal domein, eerste-lijn).

3.8 Contractering

Het grootste deel van de zorg binnen de Zorgverzekeringswet wordt concurrentieel ingekocht en individueel gecontracteerd. Dat is het uitgangspunt binnen ons zorgstelsel en dat blijft zo. Om de transformatie naar passende zorg te realiseren, is echter soms nodig dat zorgverzekeraars gelijkgerichtheid contracteren. Daar zijn in dit thema afspraken over gemaakt. Ook maken we afspraken over het verbeteren van het contracteerproces en de sturingsmogelijkheden (zodat zorgverzekeraars kunnen sturen op de transformatie naar passende zorg) via de contractering.

We maken de volgende afspraken:

- *Verbetering contracteerproces*
Zorgverzekeraars dragen door een verbetering van het contracteerproces bij aan een vermindering van administratieve lasten (vereenvoudigen van inkoopvoorwaarden) en een betere bereikbaarheid voor interactie over de inkoop(processen). Daarnaast zijn zorgverzekeraars transparant over hun inkoopbeleid en hun inkoopprocedures. Voor zorgaanbieders geldt dat zij transparant zijn over hun gelijkgerichtheid binnen de hele zorgketen. In het geval van ziekenhuizen geldt dat inclusief de afspraken met het Medisch Specialisten Bedrijf (MSB) in het ziekenhuis. Daarnaast committeren ook aanbieders zich aan een continue verbetering van hun rol in het contracteer-proces en de tijdlijnen die bij een zorgvuldig proces passen.
- *Gelijkgerichte contractering bij 'impactvolle transformaties'*
In het verlengde van het IZA ligt de focus bij grote transformaties primair op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Dat betekent dus een focus op passende zorg en arbeidsbesparende maatregelen, omdat het borgen van de kwaliteit en de mismatch tussen vraag en aanbod de belangrijkste opgaven zijn waar de zorg de komende jaren voor staat. VWS vraagt de IZA-partijen voor 1 januari 2023 gezamenlijk de criteria vast te stellen waaraan een transformatie moet voldoen, om te vallen in de categorie "impactvolle transformatie". Voor de impactvolle transformaties worden specifieke transformatieplannen opgesteld; op de juiste schaal (lokaal, regionaal of landelijk) en door de partijen die de zorgtransformatie daadwerkelijk gaan realiseren. Een ingediend plan wordt door de twee betrokken marktleidende zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars beoordeeld. Zorgverzekeraars zetten een stap naar meer gelijkgerichtheid bij grote transformaties. Ook zorgaanbieders zetten een stap; door zich te committeren aan de grote transformaties en hierop aanspreekbaar te zijn in de contractering. Hiervoor wordt een beoordelingskader opgesteld met IZA-partijen, onder coördinatie van VWS en ZN en met input van de NZa, het Zorginstituut en veldpartijen. VWS werkt verder met de NZa, andere overheidspartijen en ZN aan het verstevigen van de publieke toetsing op de definitieve plannen om de belangen van patiënten en burgers te blijven borgen.
- *Sturingsmogelijkheden door contractering*
Zorgaanbieders die werken aan passende zorg en de daarvoor noodzakelijke transformaties, verdienen een gelijk speelveld en intensieve ondersteuning door zorgverzekeraars bij het uitrollen van de passende zorgagenda. Het is in het belang van deze aanbieders - én in het belang van patiënten en de maatschappij - dat wordt voorkomen dat andere (al dan niet gecontracteerde) zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich kunnen onttrekken aan de transformatie naar passende zorg. In de huidige uitvoering van het stelsel is het voor sommige zorgaanbieders te makkelijk of aantrekkelijk om ervoor te kiezen niet te contracteren met zorgverzekeraars. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn niet of minder goed aanspreekbaar op gelijkgerichte en gecommitteerde betrokkenheid die nodig is om de transformatie naar passende zorg daadwerkelijk voor elkaar te krijgen. Ook kan de keuze om niet-gecontracteerde zorg aan te bieden leiden tot een te grote versnippering van het zorgaanbod. Dit kan de transformatie naar passende zorg belemmeren. Tegelijkertijd is het van belang dat nieuwe/innovatieve zorgaanbieders kunnen toetreden tot de markt; een beperkt percentage niet-gecontracteerde zorg is daarom geen bezwaar. Het is belangrijk dat

zorgverzekeraars waar nodig hun “countervailing power” via de contractering kunnen uitoefenen. De IZA-partijen spreken daarom af om aanvullende maatregelen te nemen om de contractering te verbeteren. De volgende drie maatregelen worden daarvoor uitgewerkt, in onderlinge samenhang te bezien:

- o *Offerte bij niet-gecontracteerde zorg*

Om te voorkomen dat patiënten geconfronteerd worden met (hoge) zorgkosten doordat zij onbewust voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kiezen, is goede informatievoorziening hierover richting de patiënt van groot belang. In dat kader onderzoekt de NZa in overleg met de betrokken zorgpartijen de mogelijkheden om niet-gecontracteerde zorgaanbieders te verplichten om patiënten vooraf schriftelijk een offerte te sturen met daarin de behandeling en de bijbehorende kosten die door de patiënt moeten worden voldaan. De behandeling kan pas starten nadat de patiënt akkoord is gegaan met de offerte.

- o *Invoeren coulanceverbod*

Het invoeren van een coulanceverbod houdt in dat als een verzekerde met een naturapolis zorg betreft bij niet-gecontracteerde aanbieders, de verzekerde het verschil tussen de rekening van de zorgaanbieder en de vergoeding door de zorgverzekeraar zelf dient te dragen. Dit kan niet kan worden overgenomen door de zorgaanbieder of zorgverzekeraar. Deze maatregel wordt uitgewerkt voor 1 juni 2023 door het Ministerie van VWS met consultatie van zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders.

- o *Verlagen van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg*

Ook deze maatregel wordt uitgewerkt voor 1 juni 2023, door het Ministerie van VWS met consultatie zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders.

Daarnaast zal verkend worden of een verplichte kwaliteitsregistratie en onafhankelijke indicatiestelling kunnen bijdragen aan de aanpak van niet-gecontracteerde zorg. Voor alle drie de maatregelen geldt dat er voldoende keuzemogelijkheden voor de verzekerde moeten blijven én genoeg ruimte voor nieuwe, innovatieve zorgaanbieders. Dit wordt meegenomen in de uitwerking van de maatregelen door VWS. Verder dienen zorgverzekeraars een voldoende gevarieerd aanbod aan zorgaanbieders te contracteren om aan hun zorgplicht richting verzekerden te kunnen voldoen. Voor iedere verzekerde geldt op grond van de zorgverzekeringswet dat acute zorg altijd vergoed wordt, ook als deze geleverd wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

- *Monitoring*

Partijen spreken af om te monitoren hoe de contractering gericht op de transformatie naar passende zorg verloopt; in deze monitor wordt ingegaan op de rol van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij het zorginkoopproces en op de keuzemogelijkheden voor verzekerden. Partijen spreken daarnaast af om te monitoren hoe het aandeel niet-gecontracteerde zorg zich ontwikkelt en wat de effecten daarvan zijn. De uitkomsten van deze monitors worden besproken tussen de relevante bestuurlijke partijen, waarbij wordt nagegaan of de afspraken voldoende worden nagekomen. Over de aanvullende maatregelen (zie onder g) spreken IZA-partijen af om goed te monitoren of deze maatregelen na invoering tot onvoorziene neveneffecten leiden en om waar nodig tijdig in onderling overleg mitigerende maatregelen daartegen te treffen.

4 Financiën

4.1 Algemeen

4.1.1 Algemene uitgangspunten

- a. Het macrokader voor de Zvw is € 54,8 miljard in 2022 (bruto), inclusief loon- en prijsbijstelling. De maatregelen uit het coalitieakkoord leveren per saldo een jaarlijkse ruimte voor volumegroei op van € 0,8 miljard in 2023, oplopend tot € 2,9 miljard in 2026.
- b. Het macrokader voor de Zvw wordt doorvertaald in een beschikbaar financieel kader per sector;

- c. De financiële afspraken betreffen de volgende sectoren: MSZ, GGZ, Wijkverpleging, Huisartsenzorg en MDZ.
- d. Centrale uitgangspunten bij de financiële afspraken zijn:
 - i. De beschikbare (volume)groei per sector sluit aan bij de beleidsmatige beweging en doelen uit dit akkoord. Dit leidt tot minder groei in de tweedelijnszorg (msz, ggz) en meer groei in de eerstelijnszorg (huisartsen, wijkverpleging).
 - ii. Er zijn vanuit het coalitieakkoord tijdelijke transformatiemiddelen van in totaal € 2,8 miljard beschikbaar om de transformatie te ondersteunen. Daarnaast zijn er vanuit het Coalitieakkoord specifieke investeringsmiddelen beschikbaar.
 - iii. Goed werkgeverschap en arbeidsmarktvraagstukken vragen om een adequate/marktconforme loonontwikkeling voor personeel in de zorg. Alle partijen zijn van mening dat de loonontwikkeling door zorgaanbieders moet kunnen worden betaald. Binnen de gestelde financiële kaders is de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA) leidend.

4.1.2 Financiële afspraken

Financiële kaders

In de bijlage is een overzicht opgenomen van de beschikbare middelen en budgettaire kaders per sector en ook een overzicht van de overige financiële afspraken per sector. De bedragen uit deze budgettaire bijlage zijn leidend.

- a. Het startniveau van de macrokaders per sector wordt meerjarig bijgesteld op basis van actuele inzichten over het gerealiseerde uitgavenniveau in recente jaren. Dit leidt tot de volgende structurele bijstellingen:
 - i. MSZ: opwaarts bijstellen kader met € 200 miljoen
 - ii. GGZ: opwaarts bijstellen kader met € 180 miljoen
 - iii. Wijkverpleging: neerwaarts bijstellen kader met € 600 miljoen
 - iv. Huisartsenzorg: neerwaarts bijstellen kader met € 80 miljoen
 - v. MDZ: neerwaarts bijstellen kader met € 20 miljoen
- b. De afgesproken gemiddelde beschikbare volumegroei, exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstelling, is per sector als volgt:

	2023	2024	2025	2026
MSZ	1,0%	0,8%	0,4%	0,0%
GGZ	1,0%	0,8%	0,6%	0,4%
Wijkverpleging	2,0%	2,4%	3,0%	3,5%
Huisartsenzorg	2,0%	2,4%	3,0%	3,5%
MDZ	2,0%	3,0%	4,0%	5,0%

Dit betreffen landelijke maximum groeipercentages op het macrokader per sector en laat onverlet keuzes die worden gemaakt in de onderhandelingen tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarbij sprake kan zijn van differentiatie.

- c. De beschikbare macrokaders per sector, exclusief indexatie voor loon- en prijsontwikkeling en eventuele technische mutaties, zijn daarmee als volgt (bedragen x € 1 miljoen):

<i>Bedragen x € 1 miljoen</i>	2023	2024	2025	2026
wijkverpleging	3.802	3.870	3.973	4.100
msz	26.246	26.466	26.576	26.577
ggz	4.590	4.628	4.655	4.674
huisartsenzorg	3.689	3.776	3.890	4.026
mdz	759	782	813	853
Totaal (Macrokader IZA)	39.086	39.521	39.906	40.229

- d. Voor de partijen die deelnemen aan het IZA zijn in aanvulling op de beschikbare kaders transitiemiddelen en specifieke investeringsmiddelen beschikbaar. Met het IZA worden nadere afspraken opgenomen over de governance van de allocatie van de transitiemiddelen en de daadwerkelijke besteding. Dit wordt momenteel nader uitgewerkt door VWS in overleg met IZA-partijen. Een van de uitgangspunten hierbij zal zijn het gelijkgericht inzetten van transitiegelden door zorgverzekeraars op basis van criteria die van tevoren zijn opgesteld door IZA-partijen. Ander uitgangspunt is dat niet bestede transitiemiddelen in een jaar die aan het Zvw-kader zijn toegevoegd beschikbaar blijven voor de transitie mits dit doelmatig en doeltreffend is. Ten aanzien van de transitiemiddelen gaat het om in totaal € 2,8 miljard waarover aanvullend de volgende afspraken zijn gemaakt:
- i. Van deze € 2,8 miljard is 50% (€ 1,4 miljard) geormerkt beschikbaar voor de sectoren msz, ggz, Wijkverpleging, Huisartsenzorg en MDZ naar rato van omvang sector ten behoeve van plannen die bijdragen aan de doelstellingen van het IZA. Dit leidt tot de volgende verdeling: msz € 940 miljoen, ggz € 160 miljoen, Huisartsenzorg en MDZ € 160 miljoen, Wijkverpleging € 140 miljoen.
 - ii. De resterende transitiemiddelen (€ 1,4 miljard) zijn beschikbaar voor alle partijen voor plannen die bijdragen aan de doelstellingen van het IZA.
- e. Alle afspraken die in het kader van IZA worden gemaakt dienen te passen binnen de in het IZA beschreven financiële middelen. Dit betreft onder andere zorguitgaven als coalitieakkoord enveloppen.

Monitoring financiën

- a. De ontwikkeling van de uitgaven binnen de sectoren van het IZA wordt viermaal per jaar gemonitord via kwartaalrapportages van het Zorginstituut en de NZa. Indien noodzakelijk worden de ontwikkelingen besproken in het BO IZA.
- b. De uitgaven van de transitiemiddelen worden elk kwartaal gemonitord door de NZa. Indien noodzakelijk worden de ontwikkelingen besproken in het BO IZA.

4.1.3 Overige algemene financiële afspraken

Doorvertaling loon- en prijsbijstelling

VWS indexeert de macrokaders jaarlijks conform de ramingen van het Centraal Planbureau (CPB) ten behoeve van de verwachte gemiddelde stijging van de lonen en de inflatie. Om werkgevers in staat te stellen marktconforme arbeidsvoorwaardenontwikkeling binnen cao's af te spreken, spreken partijen af dat zorgverzekeraars de OVA volledig - en zonder korting - doorvertalen in de prijzen en contracten. Generieke doelmatigheidskortingen op deze middelen zijn daarbij niet aan de orde.

Dat neemt niet weg dat naast deze volledige doorvertaling er nog andere aspecten onderdeel kunnen zijn van de lokale onderhandelingen, zoals productiviteits- en doelmatigheidswinst, effecten van passende zorg, volumeontwikkeling, historische prijsverschillen en specifieke lokale omstandigheden. Wanneer een doelmatigheidskorting of opslag wordt toegepast onderbouwt en beargumenteert de zorgverzekeraar de toepasselijkheid richting de desbetreffende zorgaanbieder of groep aanbieders.

Ook de prijsontwikkeling wordt zo volledig mogelijk doorvertaald in lokale onderhandelingen, met die kanttekening dat ook hier bovengenoemde aspecten een rol kunnen spelen.

4.1.4 Macrobeheersing en omgang met overschrijdingen

Algemeen

- a. Indien onverhoopt het afgesproken financiële kader van een individuele sector wordt overschreden, treden partijen hierover in overleg, waarbij gekeken zal worden naar de aard en oorzaak van de overschrijding.

- b. Bij een eventuele overschrijding wordt ook gezien of er op totaalniveau sprake is van een overschrijding van het macrokader IZA. Als het totale macrokader IZA, zoals opgenomen in paragraaf 2, lid c van deze afspraken, niet is overschreden kan dit aanleiding voor VWS zijn geen maatregelen te nemen.
- c. Partijen kunnen in overleg treden over kader- of tariefkortingen. VWS kan maatregelen nemen om de overschrijding te redresseren waaronder inzet via het macrobeheersinstrument.

4.1.5 Evaluatiemoment

De looptijd van het Integraal Zorgakkoord is 2023 t/m 2026. Partijen van het IZA spreken met elkaar af dat er in 2024 een evaluatiemoment plaatsvindt. In dat jaar is er een eerste voorlopig beeld van de realisatiecijfers over 2023. Ook wordt in beeld gebracht welke inspanningen partijen hebben gepleegd en in hoeverre de afspraken in het IZA worden nagekomen. Tevens is bekend welke concrete plannen zijn ingediend en gehonoreerd voor de transitie-middelen. Op basis van de evaluatie wordt uiterlijk 1 juni 2024 in een BO een besluit genomen over het eventueel bijsturen van de gemaakte financiële en inhoudelijke afspraken in het IZA. De totale taakstelling staat hierbij niet ter discussie.

Hierbij zijn een aantal opties mogelijk voor de jaren 2025 en 2026. Dit betreft onder andere: a) aanscherpen inhoudelijke afspraken in het IZA; b) gewijzigde inzet van transitie-middelen; c) verschuiven van de groei-ruimte tussen IZA-sectoren (macro-budgetneutraal); en d) aanpassen van het basisniveau per 2025 (bij significant afwijkend beeld op basis van realisatiecijfers). Op basis van de uitkomsten van de evaluatie zal VWS, na consultatie van de IZA-partijen, hierover een besluit nemen. De bewijslast over de inspanningen om de inhoudelijke doelen en besparingen te realiseren ligt bij de betreffende partijen: aanbieders, verzekeraars en uiteraard ook VWS. Randvoorwaarde bij deze afspraak is dat alle partijen commitment uitspreken en maximale inspanning leveren om uitvoering te geven aan de beoogde transformatie en bij te dragen aan de IZA doelen.

4.2 Inzet transformatie-middelen

4.2.1 Algemene afspraken

IZA-partijen maken de volgende algemene afspraken over de inzet van transformatie-middelen:

- *Algemeen uitgangspunt:* Transformatie-middelen worden, de naam zegt het al, ingezet om de noodzakelijke zorgtransformatie naar arbeidsbesparende, passende zorg te realiseren en/of te versnellen. Transformatie-middelen zijn niet bedoeld om de scherpe kantjes af te halen van de besparingsopdracht die in het IZA voor de verschillende sectoren is afgesproken; deze besparingsopdracht moet worden gerealiseerd door de maatregelen en transformaties zelf. De inzet van transformatie-middelen is incidenteel, voor een bepaalde periode van maximaal 5 jaar en dus niet structureel. Voor transformatie-middelen geldt als uitgangspunt “use it or lose it”; niet ingezette transformatie-middelen komen dus niet ten goede aan het eigen vermogen van de zorgverzekeraars of zorgaanbieders. Het inzetten van transformatie-middelen is één van de instrumenten om de noodzakelijke zorgtransformaties te bevorderen. Het uitgeven van transformatie-middelen is geen doel op zich.
- *Inzet via VWS en zorgverzekeraars:* Ten aanzien van de inzet van transformatie-middelen wordt een onderscheid gemaakt tussen de inzet via de begroting van VWS en via zorgverzekeraars (macrokader voor de zorginkoop).
- *Verdeling transformatie-middelen over sectoren:* Om te borgen dat de verschillende sectoren de noodzakelijke transformaties kunnen inzetten, spreken de IZA-partijen af dat 50% van de transformatie-middelen voor zorgsectoren zijn geoormerkt naar rato van hun gebudgetteerde omzet in 2023. Alle aan een sector toe te rekenen transformatie-middelen tellen mee in deze 50%, ongeacht of die transformatie-middelen via VWS of via zorgverzekeraars of anderszins worden betaald aan de betrokken zorgaanbieders. Als de beschikbare transformatie-middelen in een bepaalde sector niet wordt uitgeput, komen deze beschikbaar voor andere sectoren.
- *Beweging van onderop en bovenaf:* Met de transformatie-middelen kunnen lokale of regionale

initiatieven worden ondersteund die bijdragen aan de verwezenlijking van de inhoudelijke doelen en financiële opgave van het IZA. Dit zal veelal zijn met inzet van transformatiemiddelen via zorgverzekeraars op basis van specifieke transformatieplannen. Transformatiemiddelen zijn ook beschikbaar voor (landelijke) activiteiten op basis van besprekingen aan de thematafels, zoals die zijn vastgelegd in de IZA-themateksten. In het algemeen betreft dat transformatiemiddelen die via VWS worden betaald.

- *Geen geoormerkt transformatiebudget per regio of thema:* Het is niet wenselijk om het landelijk beschikbare budget op voorhand te verdelen naar regio's of thema's. De transformatieplannen zelf zijn immers leidend. Het kan dus zijn dat er in een bepaalde regio meer urgentie en budget nodig is om een transformatie te effectueren dan in andere regio's. Datzelfde geldt voor de verschillende transformatiethema's. Daarnaast kunnen bepaalde transformaties ook landelijk aangestuurd worden.
- *Landelijke monitoring transformatiemiddelen:* Onderdeel van de landelijke monitoring van transformatieplannen is dat wordt gekeken naar de (onder)benutting en verdeling van transformatiemiddelen per sector, regio en/of thema. Door deze monitoring is er voldoende ruimte voor bijsturing, mochten bepaalde regio's, sectoren of thema's onterecht onvoldoende aandacht krijgen. De inzet van transformatiemiddelen maakt deel uit van de IZA-kwartaalmonitor. De NZa publiceert deze monitor steeds uiterlijk twee weken voor het IZA-kwartaaloverleg. De NZa zal de feitelijke besteding van transformatiemiddelen koppelen aan de discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod in de regio die volgt uit regiobeelden of andere toegankelijkheidsinformatie.
- *Toezicht op inzet transformatiemiddelen:* Vanwege het ontbreken van de gewone concurrentiële doelmatigheidsprikkels tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij besteding van transformatiemiddelen ontwikkelt de NZa extra toezichtwaarborgen. VWS, NZa en Zorginstituut werken voor 1 januari 2023 een proces voor toezicht op rechtmatige en doelmatige besteding van de transformatiemiddelen uit. Daar waar grote noodzakelijke transformaties uitblijven en geen inzet van transformatiemiddelen plaatsvindt, zal de NZa haar toezichtinstrumentarium inzetten om betrokken partijen hierop aan te spreken (o.a. de zorgverzekeraar vanuit haar zorgplicht).

4.2.2 Inzet transformatiemiddelen via VWS

Op basis van afspraken in de verschillende IZA-themateksten zal een specifiek, geoormerkt deel van de transformatiemiddelen direct worden gefinancierd vanuit de VWS-begroting (zie tabel). De rest van de transformatiemiddelen zal in beginsel via de zorgverzekeraars lopen. Daarvan kan worden afgeweken als financiering via VWS logischer is (in de vorm van subsidie, opdracht, inzet van VWS-uitvoeringsorganisaties e.d.). VWS stelt in overleg met de IZA-partijen voor 1 januari 2023 waar nodig criteria vast voor het toekennen van het deel van de transformatiemiddelen dat via de VWS-begroting loopt, rekening houdend met bestaande praktijk en met de afspraken die IZA-partijen hebben gemaakt over inzet van transformatiemiddelen via zorgverzekeraars en met regels voor de rechtmatige verstrekking van middelen.

#tabel met financiële afspraken verdeling over besteding via zorgverzekeraars en VWS voor 2023 is hier nog niet opgenomen en volgt later#

4.2.3 Inzet transformatiemiddelen via zorgverzekeraars

Voor een groot deel van de noodzakelijke transformaties geldt dat deze kunnen en zullen worden vormgegeven binnen reguliere contractafspraken, zonder de inzet van aanvullende transformatiemiddelen. Wanneer de transformatie echter niet, of niet snel genoeg, mogelijk is binnen reguliere contractafspraken, kan de inzet van transformatiemiddelen door zorgverzekeraars noodzakelijk zijn. Daarover maken we onderstaande afspraken.

- *Gerichte inzet transformatiemiddelen:* Transformatiemiddelen worden door zorgverzekeraars gericht ingezet waar zij het meeste effect sorteren, waarbij de in het hoofdstuk Contractering beschreven gelijkgerichtheid bij impactvolle transformaties tussen zorgverzekeraars van toepassing is. Daarmee wordt voorkomen dat de transformatiemiddelen worden besteed waar dat niet leidt tot de wezenlijke transformatie. Om de impact van de inzet van transformatiemiddelen door de zorgverzekeraars zo groot mogelijk te laten zijn, dienen deze gekoppeld te zijn aan een transformatieplan voor een impactvolle transformatie, zoals

beschreven in het hoofdstuk Contractering. Zogenaamde “fast movers” worden beloond voor hun bereidheid om te transformeren naar meer passende zorg. Transformatieplannen kunnen dus op ieder moment worden ingediend, er hoeft niet te worden gewacht op een grote verzameling plannen voordat de beoordeling plaats vindt. Ieder transformatieplan wordt op eigen merites beoordeeld, uiteraard in samenhang met de regioplannen. Partijen houden daarbij uiteraard wel rekening met de overeengekomen financiële kaders per sector en over de jaren.

- *Stappen:* De IZA-partijen spreken af om voor de inzet van transformatiemiddelen onderstaande stappen te hanteren:
 1. Transformatieplan inclusief aanvraag transformatiemiddelen: Indien er sprake is van een verzoek tot inzet van transformatiemiddelen, bevat het ingediende transformatieplan een onderbouwde aanvraag voor transformatiemiddelen en geeft voor zover mogelijk de samenhang met een regioplan aan. Voor indiening vindt een zelftoets plaats op de criteria van het ‘Beoordelingskader impactvolle zorgtransformaties’.
 2. Beoordeling transformatieplan en aanvraag transformatiemiddelen: De twee marktleider zorgverzekeraars beoordelen transformatieplan en aanvraag transformatiemiddelen op basis van het “Beoordelingskader impactvolle zorgtransformaties”. Wanneer het transformatieplan en de inzet van transformatiemiddelen zijn goedgekeurd door de twee betrokken marktleider zorgverzekeraars, informeren zij de aanvragende zorgaanbieders en de andere zorgverzekeraars over de uitkomsten van de beoordeling. Vervolgens stellen alle zorgverzekeraars hun “fair share” van de transformatiemiddelen beschikbaar, zonder een aanvullende inhoudelijke beoordeling. Op die manier kunnen de transformatiemiddelen laagdrempelig en zonder onnodige administratieve lasten worden ingezet. Zoals beschreven in het hoofdstuk Contractering, werkt VWS hiervoor ook met de NZa, andere overheidspartijen en ZN aan het verstevigen van de publieke toetsing wanneer besluiten volgens dit proces genomen worden. Uitgangspunt bij die toetsing is dat deze zo min mogelijk vertraging oplevert bij maatschappelijk wenselijke plannen en zoveel mogelijk aansluit bij de bestaande toezichtspraktijk, maar dat wel een noodrem bestaat voor grote (onomkeerbare) plannen waarbij de publieke belangen onvoldoende geborgd zijn
 3. Betaling bij resultaat: Betaling is gekoppeld aan het behalen van overeengekomen resultaten. Hierover worden namens de zorgverzekeraars afspraken gemaakt door de twee marktleider zorgverzekeraars met de betrokken zorgaanbieder(s).
 4. Monitoring: De twee marktleider zorgverzekeraars monitoren de resultaten die gekoppeld zijn aan de toekenning van transformatiemiddelen in het desbetreffende transformatieplan.
- *Ingaan nieuwe werkwijze:* De bovenstaande werkwijze ten aanzien van de inzet van transformatiemiddelen door zorgverzekeraars gaat gelden per 1 januari 2023. Transformatieplannen die al lopen dan wel voor 1 januari 2023 starten, kunnen in aanmerking komen voor transformatiemiddelen in het kader van het IZA, als zij bij (her)beoordeling aan de gestelde voorwaarden voor “impactvolle transformaties” voldoen.
- *Technische uitvoering transformatiemiddelen:* IZA-partijen spreken af dat de inzet van transformatiemiddelen op een zo eenvoudig mogelijke en transparante wijze dient plaats te vinden, die niet mag leiden tot aantasting van de onderlinge concurrentieposities tussen zorgverzekeraars en daarmee tot premieverschillen voor de individuele verzekerden. Voor de technische uitvoering is er een onderscheid in twee fasen:
 - o 2023 en indien noodzakelijk 2024: In 2023, en als noodzakelijk ook in 2024, vindt de inzet van transformatiemiddelen plaats door continuering van de bestaande werkwijze. De transformatiemiddelen worden daarom voor 2023 toegevoegd aan het macroprestatiebedrag en hierbij via het somatische en ggz risicovereveningsmodel verdeeld over de zorgverzekeraars. Via hernieuwde prijsafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders komen deze transformatiemiddelen vervolgens terecht bij zorgaanbieders die deel uitmaken van een gehonoreerd transformatieplan. Deze werkwijze heeft niet de voorkeur, maar biedt VWS, Zorginstituut, NZa en Zorgverzekeraars Nederland de tijd om onderstaande voorkeursvariant zo spoedig mogelijk uit te werken en juridisch mogelijk te maken. VWS neemt daarbij het initiatief.
 - o Vanaf 2024 of 2025: De voorkeursvariant is dat betaling van transformatiemiddelen gebeurt op basis van een aparte prestatie. Daarmee zijn de uitgegeven transformatiemiddelen ook goed te monitoren, zodat eventuele landelijke over- of onderschrijdingen snel zichtbaar zijn. Deze route borgt de concurrentieneutraliteit,

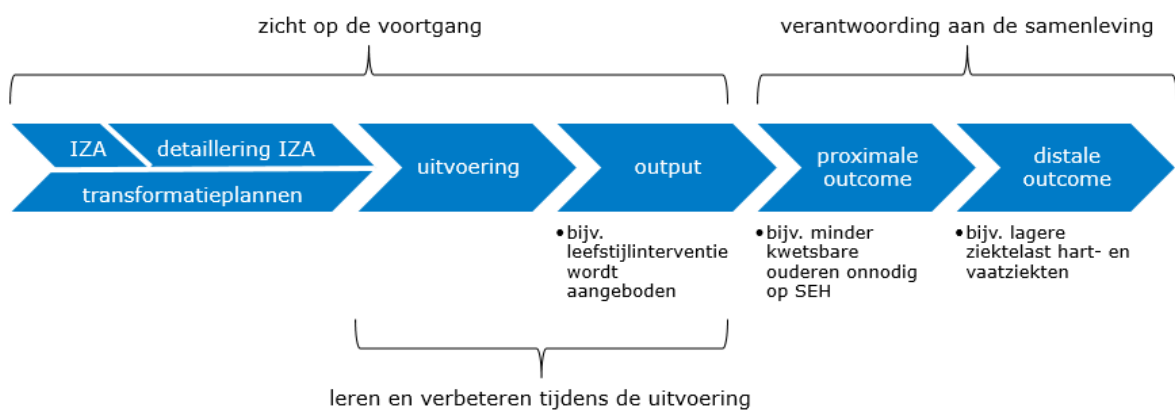
bevordert transparantie, voorziet met nacalculatie in het 'use-it-or-lose-it' principe en is daarmee het meest effectief en eenvoudig.

5 Monitoring

Met dit akkoord willen we een grote impact hebben op de zorg, en merkbare resultaten behalen voor iedere inwoner van Nederland. Daarvoor is monitoring nodig. Het monitoren heeft meerdere doelen:

- Zicht houden op de voortgang van planvorming en uitvoering van de afspraken en plannen
- Leren en verbeteren tijdens de uitvoering van de afspraken en plannen
- Verantwoording aan de samenleving: wat zijn de effecten van alle inspanningen op de gezondheid van mensen en de houdbaarheid van het zorgsysteem?

In onderstaand figuur zijn deze doelen weergegeven in een schematisch proces van alle IZA-activiteiten met hun effecten. We onderscheiden afspraken over inspanningen (IZA afspraken, uitwerkingsafspraken en opstellen transformatieplannen), de uitvoering daarvan, de gewenste output (dat wat volgens alle afspraken in het IZA en in de transformatieplannen uitgevoerd of gemaakt wordt) en outcomes (het beoogde effect van de output en de uitkomsten voor de samenleving waar het ons uiteindelijk om gaat: een gezonde samenleving en een houdbaar zorgsysteem)³. De afspraken per thema en de acties die daaruit voortvloeien hebben als uiteindelijk doel om de lange termijn doelstellingen te bereiken. De doelgroepbenadering helpt om de inzet te richten op daar waar de noodzaak of impact het grootst is.



5.1 Zicht op de voortgang

Vanaf ondertekening is het nodig om zicht te hebben op de voortgang. In het begin zal gekeken worden naar de inspanningen en mate van uitwerking van de plannen. Daarna verschuift de focus naar de uitvoering: in hoeverre worden de plannen ook ten uitvoer gebracht en wordt de output volgens planning opgeleverd? Hiervoor zal een mijlpalen planning worden opgesteld.

5.2 Leren en verbeteren tijdens de uitvoering

Om tijdens de looptijd van het IZA een zo goed mogelijk resultaat neer te zetten, willen de partijen samen leren en verbeteren. De partijen spreken af om regelmatig kennis en ervaring uit te wisselen tussen regio's en landelijk. Monitoring van de uitvoering en de output en het spiegelen van de voortgang aan partijen is noodzakelijk om dit gesprek goed te kunnen voeren en te kunnen bijsturen waar nodig. Leren en verbeteren kan plaatsvinden op verschillende niveaus (landelijk, regionaal, bilateraal) en op basis van diverse bronnen – voorbeelden, cijfers, verhalen of benchmarks.

³ Outcomes kunnen proximaal of distaal zijn; proximale uitkomsten staan dichterbij acties dan distale outcomes. Distale outcomes zijn ook moeilijker direct te beïnvloeden omdat daar heel veel factoren van invloed op zijn (denk aan ziektelast of gezonde levensjaren).

5.3 Verantwoording aan de samenleving

We moeten ons straks kunnen verantwoorden aan de samenleving: wat hebben alle inspanningen vanuit het IZA opgeleverd? Hoe weten we of de IZA-afspraken ons dichterbij onze (lange termijn-) doelen brengen? Met dit akkoord willen we merkbare resultaten behalen voor iedere inwoner van Nederland. Focus is belangrijk bij doorvoeren van veranderingen; we kunnen immers niet alles tegelijk veranderen voor iedereen. Door te focussen op concrete resultaten voor een aantal grote doelgroepen waarvoor de maatschappelijke impact het grootst is, kunnen we goed meten of we op de goede weg zijn en waar nodig plannen bijstellen. Voor de maatschappelijke verantwoording willen we een aantal outcomes kunnen monitoren. De doelgroepen zijn gekozen op basis van het WRR-rapport 'Kiezen voor houdbare zorg' (2021). Het betreft mensen met lage gezondheidsvaardigheden, ouderen met een kwetsbare gezondheid, zorgprofessionals, en een aantal patiëntgroepen die veel zorg vragen (zie onderstaande uitwerking). We beschrijven voor deze doelgroepen een beperkte set outcomes: Uiteindelijk zijn zij degenen die de positieve resultaten van dit akkoord moeten merken. Daarnaast verwachten we dat de positieve effecten van veel veranderingen veel breder doorwerken dan voor de oorspronkelijk beoogde doelgroep. Bij de verdere uitwerking van het IZA en in de transformatieplannen zijn – waar relevant – deze doelgroepen leidend en moet worden geduid wat de effecten zijn op de bijbehorende outcomes.

De outcomes zijn zoveel mogelijk gekwantificeerd. Soms moet kwantificering nog volgen in de komende periode. En soms weten we dat het lastig zal zijn om al in 2026 voor de doelgroep een merkbare verandering teweeg te brengen; in dat geval zorgen we in ieder geval dat de beweging is ingezet én we in de komende jaren heldere afspraken maken over kwantitatieve output doelen. De NZa en het Zorginstituut gebruiken deze criteria om de effecten van het IZA te monitoren.

Hieronder is voor elke doelgroep een mogelijke kwantificering van de outcomes voorgesteld. Dit zal de komende tijd verder moeten worden uitgewerkt in overleg met alle betrokken partijen. De outcomes moeten ook een directe relatie hebben met de afspraken zoals die op de verschillende thematafels zijn gemaakt. Soms moet kwantificering nog volgen in de komende periode. En soms weten we dat het lastig zal zijn om al in 2026 voor de doelgroep een merkbare verandering teweeg te brengen; in dat geval zorgen we in ieder geval dat de beweging is ingezet én we in de komende jaren heldere afspraken maken over kwantitatieve output doelen. De NZa en het Zorginstituut gebruiken deze criteria om de effecten van het IZA te monitoren.

[PM discussiepunt] Voorstel voor doelstellingen ten behoeve van monitoring vragen nog om aansluiting bij de afspraken in de tekst en afstemming met betrokken partijen. Besproken moet worden of deze criteria goed aansluiten bij de inhoudelijke doelstellingen en afspraken en of de gestelde kwantitatieve doelen realistisch zijn.

5.3.1 Mensen met lage gezondheidsvaardigheden

(1 op de 3 Nederlanders (36,4%) heeft lage gezondheidsvaardigheden).

WRR: gezondheidsverschillen nemen niet af, mensen met lage sociaaleconomische status leven korter en hebben een lagere gezondheid. Dit begint al bij de geboorte.

Sociaaleconomische verschillen in gezondheid zijn groot en zijn in de afgelopen jaren niet afgenomen. Mensen met alleen basisonderwijs of vmbo leven bijvoorbeeld gemiddeld 6 jaar korter en 15 jaar in minder goede ervaren gezondheid dan mensen met een hbo of universitaire opleiding. Aan deze verschillen liggen structurele ongelijkheden ten grondslag, die in sommige gevallen van generatie op generatie over gaan. De verschillen worden veroorzaakt door een complex van gedragsfactoren, psychosociale factoren (zoals chronische stress) en materiële omstandigheden en ze worden beïnvloed door achterliggende mechanismen zoals gezondheidsvaardigheden.

De criteria waarop we dit gaan monitoren zijn:

- a. Uiterlijk in 2025 krijgen mensen met lage gezondheidsvaardigheden zorg en ondersteuning op maat (bijvoorbeeld doordat ze goed herkend worden en er afspraken zijn tussen en door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het gemeentelijk domein).
- b. Het gezondheidsniveau in termen van ervaren gezondheid en gezonde levensjaren van mensen met lage gezondheidsvaardigheden neemt toe t.o.v. het landelijk gemiddelde.
- c. (Gezondheidsverschillen in termen van ervaren gezondheid en gezonde levensjaren worden kleiner. Uiterlijk in 2023 maken we heldere afspraken over kwantitatieve doelen op dit vlak voor de zorgsector.

5.3.2 Mensen met psychische klachten

(Ca 1,4 miljoen mensen met een psychische stoornis in 2019)

WRR: psychische klachten zoals depressie- en angstklachten veroorzaken nu en in de toekomst veel ziektelast en veel verlies van gezonde levensjaren.

We hebben als samenleving een belangrijke opgave om psychische klachten te voorkomen en om mensen beter om te leren gaan met psychische klachten. Soms hoort daarbij een zorg-antwoord, soms ook niet. Mensen moeten verwezen worden naar de juiste zorg op de juiste plek. We maken concrete afspraken om de samenwerking tussen ggz, sociaal domein, VVT-sector en huisartsenzorg te verbeteren en te intensiveren om passende zorg en ondersteuning te bieden voor mensen met psychische/ psychogeriatrische klachten en problemen op meerdere levensdomeinen.

De criteria waarop we dit gaan monitoren zijn:

- a. Uiterlijk in 2025 kan 80% van de cliënten die wachten op basis- en specialistische ggz binnen de treeknorm terecht voor een aanmeldgesprek (t.o.v. 45% in december 2021⁴).
- b. Uiterlijk in 2025 kan 80% van de cliënten die wachten op basis- en specialistische ggz binnen de treeknorm terecht voor behandeling (t.o.v. 70% in december 2021).
- c. Mensen met lichte psychische klachten krijgen de lichte zorg (PoH-ggz) en ondersteuning (sociaal domein) die ze nodig hebben. Ze worden verwezen als zij onterecht bij de zwaardere zorg terechtkomen. Zij doen daardoor minder een beroep op de basis- en specialistische ggz. Uiterlijk in 2023 maken we heldere afspraken over kwantitatieve doelen.
- d. Uiterlijk in 2025 krijgen mensen met hoog-complexe psychiatrische problematiek (ca 300 personen in Nederland) binnen 3 maanden na melding in het netwerk integraal maatwerk: de zorg en begeleiding die ze nodig hebben.⁵

5.3.3 Mensen met (risico op) kanker

(Ongeveer 125.000 nieuwe kankerdiagnoses per jaar⁶)

WRR: Het aantal mensen met kanker zal naar verwachting stijgen van 547.000 naar 970.000. In 2040 hebben dan bijna een miljoen mensen kanker.

Het aantal mensen met kanker stijgt tussen nu en 2040 van zo'n 600.000 naar bijna een miljoen. Kanker komt in Nederland meer voor dan gemiddeld in andere OECD-landen, en ook de sterfte aan kanker is hoger dan gemiddeld.⁷ Daarbij verwacht het RIVM een verviervoudiging van de zorguitgaven aan kanker.⁸ Roken veroorzaakt 9% van de totale ziektelast in Nederland en 19% van alle gevallen van kanker.⁹ Overgewicht veroorzaakt mogelijk tot wel 20% van alle gevallen

⁴ [Informatiekaart wachttijden ggz 2021 | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)

⁵ [Plan van aanpak toegankelijkheid en beschikbaarheid hoogcomplexe ggz | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)

⁶ [Kanker | Leefstijl en geslacht | Volksgezondheid en Zorg \(vzinfo.nl\)](#)

⁷ [oecd-ilibrary.org](#)

⁸ [Trendscenario VTV2018 \(vzv2018.nl\) en Zorguitgaven VTV2018 \(vzv2018.nl\)](#)

⁹ [Methoden \(volksgezondheidtoekomstverkenning.nl\)](#) , [Kanker \(rokeninfo.nl\)](#)

van kanker.¹⁰ Daarnaast is 8% van alle gevallen van kanker in Nederland gerelateerd aan alcohol.¹¹ Zelfs één drankje per dag verhoogt de kans op kanker al en de kans op kanker stijgt met ieder glas.¹² We kunnen dus veel gevallen van kanker op de langere termijn voorkomen door te werken aan een gezondere leefstijl. Daarnaast liggen er kansen om de zorg voor mensen met kanker te verbeteren, onder andere via concentratie van zorg en betere zorgnetwerken. Voor mensen met een zeldzame vorm van kanker is dit nog belangrijker, omdat hun zorguitkomsten nog achterblijven bij mensen met andere vormen van kanker.

De criteria waarop we dit gaan monitoren zijn:

- a. In 2025 maken mensen met een verhoogd risico op kanker (en hart- en vaatziekten) door hun leefstijl (roken, meer dan één glas alcohol per dag en/of overgewicht) vaker gebruik van een leefstijlinterventie.^{13,14} Uiterlijk in 2023 maken we heldere afspraken over kwantitatieve doelen.
- b. In 2025 zijn mensen zich meer bewust van het risico op huidkanker en is het zongedrag veranderd t.o.v. 2023 (nulmeting moet nog plaatsvinden).¹⁵
- c. In 2025 is de praktijkvariatie in kaart gebracht en afgenomen.¹⁶ Uiterlijk in 2023 maken we heldere afspraken over kwantitatieve doelen voor specifieke vormen van kanker en interventies.
- d. In 2025 zijn complicaties en sterfte rondom oncologische chirurgie verminderd.¹⁷ Uiterlijk in 2023 maken we heldere afspraken over kwantitatieve doelen voor specifieke vormen van kanker en interventies.
- e. In 2030 bevindt Nederland zich in de top-3 van Europese landen met de vijfjaarsoverleving van borstkanker en darmkanker¹⁸.
- f. De zorguitkomsten voor mensen met eenzelfde vorm van kanker worden vergelijkbaar en niet afhankelijk van waar de (na)zorg plaatsvindt. Uiterlijk in 2023 maken we afspraken over op welke termijn dit gerealiseerd is voor alle vormen van kanker.

5.3.4 Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten

(Ca 1,9 mln. mensen met hart- en vaatziekten)

WRR: Het aantal mensen met hart- en vaatziekten stijgt in 20 jaar tijd van 1,9 miljoen naar 3,0 miljoen. In de meeste gevallen gaat het om chronische aandoeningen.

Er zijn steeds meer mensen met een chronische hart- of vaatziekte, en door leefstijl en door vergrijzing neemt het aantal in de komende decennia sterk toe. Hart- en vaatziekten veroorzaken ook veel ziekenhuisopnames: elke dag worden ongeveer 640 mensen in het ziekenhuis opgenomen vanwege een hart- of vaatziekte.¹⁹ Zo'n 9% van de mensen op de SEH komt met klachten door hart- en vaatziekten.²⁰

De criteria waarop we dit gaan monitoren zijn:

¹⁰ [Obesity and Cancer | The Oncologist | Oxford Academic \(oup.com\)](#)

¹¹ [Sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen \(expertisecentrumalcohol.trimbos.nl\)](#)

¹² [Alcohol en kanker | KWF Kankerbestrijding](#)

¹³ Verschillende bekostigingsmogelijkheden stoppen-met-rokenzorg: [Informatiekaart Aanspraak en bekostiging stoppen-met-rokenzorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

¹⁴ Voorwaarden voor deelname aan gecombineerde leefstijlinterventie: een BMI van 30 of hoger, of een BMI van 25 of hoger in combinatie met diabetes, artrose of slaapapneu of in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten of diabetes. Zie [Meedoen aan de gecombineerde leefstijlinterventie \(rivm.nl\)](#)

¹⁵ [Advies aan VWS over de inhoud van een voorlichtingscampagne over huidkanker \(rivm.nl\)](#)

¹⁶ Voorbeeld: praktijkvariatie in het geven van hormoontherapie bij bestraling van matig-risico prostaatkanker is op dit moment gemiddeld genomen 29%, met variatie van 3 tot 73% tussen ziekenhuizen: [Grote variatie in toevoegen hormoontherapie bij bestraling matig-risico prostaatkanker \(iknl.nl\)](#)

¹⁷ [Concentratie van complexe ingrepen kan meer dan 200 sterfgevallen vermijden – SiRM](#)

¹⁸ [Health Care Quality Indicators : Cancer Care \(oecd.org\)](#) en [Borstkanker: 5-jaarsoverleving | Volksgezondheid en Zorg \(vzinfo.nl\)](#)

¹⁹ [Feiten en cijfers hart- en vaatziekten \(hartstichting.nl\)](#)

²⁰ [Acute zorg | Gebruik | SEH | Volksgezondheid en Zorg \(vzinfo.nl\)](#)

- a. In 2025 maken mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (en kanker) door hun leefstijl (roken, meer dan één glas alcohol per dag en/of overgewicht) vaker gebruik van een leefstijlinterventie.^{21,22} Uiterlijk in 2023 maken we heldere afspraken over kwantitatieve doelen.
- b. In 2025 hoeft maximaal 10% van de patiënten met hartfalen acuut opgenomen te worden in het ziekenhuis als gevolg van een exacerbatie (een plotseling optredende verslechtering), t.o.v. zo'n 13% van de patiënten in 2020.²³
- c. In 2025 zijn complicaties en sterfte rondom operaties aan een vernauwing in de halsslagader (CEA-chirurgie) en aan een verwijding van de buikslagader (AAA-chirurgie) afgenomen.²⁴ Uiterlijk in 2023 maken we heldere afspraken over kwantitatieve doelen.
- d. In 2030 is de landelijke ziektelast door hart- en vaatziekten 25% afgenomen t.o.v. 2020.²⁵

5.3.5 Ouderen met een kwetsbare gezondheid

WRR: Het aandeel ouderen groeit (65+ -ers in 2040 26% van de bevolking). De kosten van zorg stijgen sterk na het 75^e levensjaar.

Ouderen met een kwetsbare gezondheid hebben een toegesneden zorgaanbod nodig waardoor zij langer veilig in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen. Hiervoor is het hele samenspel van zorg en ondersteuning belangrijk: sociaal netwerk, mantelzorg, sociaal domein, thuiszorg, eerstelijns-, tweedelijnszorg en verpleeghuiszorg. Digitale oplossingen kunnen mogelijk helpen. Zorgcoördinatie moet worden versterkt zodat mensen de juiste zorg op de juiste plek krijgen en zorgverleners minder regeldruk ervaren. Acute zorg wordt in netwerken vormgegeven waar de VVT onderdeel van uitmaakt. Zo worden patiënten met een zorgvraag (care) zonder medisch specialistische hulpvraag (cure) niet onnodig in het ziekenhuis opgenomen.

Dat dit nog niet goed gaat, laten opnames op de spoedeisende hulp (SEH) zien: jaarlijks belanden er 322.000 ouderen zonder noodzaak tot medisch specialistische opname op de SEH.²⁶ In 2020 waren er ongeveer 1,7 miljoen bezoeken aan de SEH, waarvan 333.000 van 75+’ers, en nog eens 407.000 van 60-74-jarigen.²⁷ Om dit te verminderen is een brede aanpak nodig, met preventie, vroeg signalering, proactieve zorgplanning (Advance Care Planning), en mogelijk ander zorgaanbod. Zo werken we aan passende zorg op de juiste plek voor kwetsbare ouderen met als doel onder- en overbehandeling te voorkomen en verbetering in zorguitkomsten en patiënttevredenheid.

De criteria waarop we dit gaan monitoren zijn:

- a. In 2025 worden 20% minder ouderen met een kwetsbare gezondheid onnodig opgenomen op de SEH.²⁸

²¹ Verschillende bekostigingsmogelijkheden stoppen-met-rokenzorg: [Informatiekaart Aanspraak en bekostiging stoppen-met-rokenzorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

²² Voorwaarden voor deelname aan gecombineerde leefstijlinterventie: een BMI van 30 of hoger, of een BMI van 25 of hoger in combinatie met diabetes, artrose of slaapapneu of in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten of diabetes. Zie [Meedoen aan de gecombineerde leefstijlinterventie \(rivm.nl\)](#)

²³ In 2019 waren er 31.000 ziekenhuisopnames vanwege hartfalen bij ongeveer 240.800 patiënten (schatting 2020). Dat betekent dat bijna 13% van de patiënten een ziekenhuisopname had vanwege hartfalen. Het aantal patiënten stijgt naar verwachting snel vanwege vergrijzing, obesitas en hoge bloeddruk. Zie [Hartfalen | Volksgezondheid en Zorg \(vzinfo.nl\)](#)

²⁴ [Concentratie van complexe ingrepen kan meer dan 200 sterftegevallen vermijden \(sirm.nl\)](#)

²⁵ [Doelstelling van de Dutch CardioVascular Alliance \(dcvalliance.nl\)](#)

²⁶ [Jaarlijks ruim 300.000 ouderen vermijdbaar in ziekenhuisbedden | fluent](#), [Meer ouderenzorgkennis nodig op de spoedeisende hulp \(verenso.nl\)](#), [Advance Care Planning \(transmuralezorg.nl\)](#) en [Aanbevelingen implementatie \(nivel.nl\)](#)

²⁷ [Acute zorg | Gebruik | SEH | Volksgezondheid en Zorg \(vzinfo.nl\)](#)

²⁸ [Jaarlijks ruim 300.000 ouderen vermijdbaar in ziekenhuisbedden | fluent](#), [Meer ouderenzorgkennis nodig op de spoedeisende hulp \(verenso.nl\)](#), [Advance Care Planning \(transmuralezorg.nl\)](#) en [Aanbevelingen implementatie \(nivel.nl\)](#)

- b. Uiterlijk in 2025 is er voor elke persoon met dementie een diagnose en behandeling op maat beschikbaar.²⁹
- c. In 2025 zijn ouderen boven de 75 zich bewust van hun ideeën over kwaliteit van leven en toekomstige wensen met betrekking tot behandelen en sterven, door proactieve zorgplanning (Advance Care Planning). Uiterlijk in 2023 maken we heldere afspraken over een kwantitatief doel.

5.3.6 Zorgprofessionals

Iedere medewerker in de zorg zal nodig zijn de komende jaren. Gezonde en gelukkige medewerkers zijn daarmee essentieel. We moeten onze zorgprofessionals daarom gezond en gemotiveerd houden zodat zij duurzaam inzetbaar zijn.

De criteria waarop we dit gaan monitoren zijn:

- a. In 2025 is de tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden in alle sectoren met 5%-punt (bij een 40-urige werkweek is dat 2 uur minder per week) gedaald ten opzichte van 2020.³⁰
- b. In 2025 is het ziekteverzuim³¹ in alle zorgsectoren lager dan in 2021. We streven naar het landelijk gemiddelde. Langdurig verzuim is 10% lager dan in 2021.
- c. In 2025 is de uitstroom uit de sector zorg en welzijn op het landelijk gemiddelde van XX% t.o.v. XX% in 2021.
- d. In 2025 is de uitstroom van medewerkers binnen 5 jaar na de start in de zorg met XX% gereduceerd t.o.v. 2021.

6 Governance

Het IZA legt de basis voor een beweging naar passende zorg in de komende jaren. Samenwerking tussen alle partijen is de sleutel naar succes. Bij het opstellen van het IZA zijn er door de 14 partijen afspraken gemaakt over de uitwerking. Het is essentieel dat bij de uitwerking die intensieve samenwerking wordt gecontinueerd. In de governance van het IZA moet dit ook terug komen. Dit temeer daar op diverse onderdelen nog verdere concretisering van de afspraken nodig is. De voortgang van de uitwerking moet worden gemonitord. Hieronder wordt nader ingegaan op de monitoring. De monitoring van het geheel kan ook worden gebruikt om te leren en tussentijds bij te sturen. Escalatie is nodig als afspraken niet worden nagekomen of de voortgang onvoldoende is.

De IZA partijen spreken ten aanzien van de governance het volgende af:

- Onder regie van het ministerie van VWS zal er een programmteam worden opgezet dat de voortgang bewaakt. Doel van het programmteam is om, eventueel met externe ondersteuning, de uitwerking van het IZA aan te jagen, de inspanningen te volgen en waar nodig bij te sturen.
- Elk kwartaal zal er een IZA dag met bestuurders worden georganiseerd. Op die dag zal er in het licht van de transformatie naar passende zorg een inhoudelijk onderwerp worden besproken. Ook zal op die dag de voortgang worden besproken aan de hand van een monitor van de afspraken. Partijen kunnen elkaar aanspreken over het niet nakomen van afspraken of knelpunten die moeten worden opgelost. Ook kan er op basis van de monitor worden bijgestuurd.
- De bestuurdersdag zal door het programmteam worden voorbereid in samenwerking met een aantal veldpartijen.
- Als er bij de uitwerking verschil van inzicht ontstaat dan zal onder leiding van VWS en samen met de relevante toezichthouders dit besproken worden. Indien nodig wordt er een bestuurlijk overleg met de minister van VWS georganiseerd.
- De TK zal ook regulier worden geïnformeerd over de voortgang van de uitwerking van het IZA.

²⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/11/30/nationale-dementiestrategie-2021-2030>

³⁰ [Eindrapport merkbaarheidsscan ontregel de zorg 2020 \(overheid.nl\)](#)

³¹ [StatLine - Ziekteverzuimpercentage: AZW branches \(cbs.nl\)](#)

- Ten aanzien van de inzet van de transformatiemiddelen zullen de NZa, ZN en VWS regulier overleg hebben over de voortgang.

CONCEPT

BIJLAGEN

CONCEPT

Bijlage A Passende zorg: Waardegedreven - samen met de patiënt, kwaliteit en pakket

Inleiding en doelstelling

Waardegedreven zorg gaat uit van de behoefte en de persoonlijke context van de patiënt/cliënt en diens naasten, gaat om gezondheid, functioneren en kwaliteit van leven in plaats van ziekte en om de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek. Waardegedreven zorg is effectief, gaat uit van een aanvaardbare prijs voor de gemeten patiëntrelevante gezondheidswinst en een doelmatige inzet van zorgprofessionals. Dit doen we vanuit een bewustzijn dat we de zorg met elkaar in de toekomst ook toegankelijk moeten houden. Bovendien willen we de klimaat- en milieu-impact van de zorg minimaliseren.

Dit vraagt om een transformatie die draait om:

- 1) Te leveren zorg die effectief en doelmatig is en in tijd, plaats en inhoud uitgaat van de behoefte of situatie van de patiënt/cliënt;
- 2) Het toegankelijk houden van de zorg door te werken aan voorkomen van (zwaardere) zorg, door inzet van bewezen effectieve interventies op het gebied van leefstijl en gezondheid, door niet elke vraag met een medisch antwoord op te lossen, door het versterken van de regie en het eigen netwerk van mensen en het inzetten op werkplezier en vitaliteit van zorgverleners;
- 3) Het gepast inzetten van interventies uit het welzijnsdomein, door zorg aan te sluiten op de individuele situatie van mensen: wat willen mensen, wat kunnen mensen, wat past bij mensen. Dat leidt tot een echt partnership tussen welzijnsdomein, zorgprofessional en patiënt tijdens behandeling en herstel;
- 4) Het inzetten van de beweging naar arbeidsbesparende interventies en/of digitale interventies die voldoen aan de principes van passende zorg. Dit betekent zelfstandig als het kan, in de eigen omgeving als het kan en digitaal als het kan en fysiek contact waar dit noodzakelijk is voor de patiënt/cliënt en/of arbeidsbesparend voor de zorgprofessional is.
- 5) Zorg verlenen die minimale impact op klimaat, milieu en leefomgeving heeft. Dat vraagt om 'groene en klimaatneutrale zorg' met minimale uitstoot van broeikasgassen en impact op de leefomgeving, geleverd met oog voor spaarzaam en circulair gebruik van grondstoffen en materialen.

Concrete afspraken:

In dit hoofdstuk maken partijen afspraken over hoe we op het terrein van pakketbeheer en kwaliteit de transformatie naar waardegedreven zorg samen met de patiënt/cliënt en diens naasten verder brengen en bijdragen aan de maatschappelijke opgave (arbeidsmarkt en financiële houdbaarheid) waarvoor we staan. Deze afspraken leiden tot een heldere rolverdeling waarbij de overheid de (wettelijke) kaders opstelt, zorgaanbieders en zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor implementatie en monitoring van de uitvoering in de praktijk, toezichthouders controleren en de overheid de voortgang op de maatschappelijke doelen monitort. Dit vertaalt zich in lijn met de afspraken over de contractering van de transformatie: grote transformaties worden ingezet door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De overheid en landelijke programma's kunnen deze beweging versterken door aantoonbare successen van grote transformaties te vertalen naar (pakketbeheer)keuzes en landelijke opschaling te versnellen door implementatiekracht te vergroten. Maar ook vice versa: door verbeterd pakketbeheer kunnen transformaties versneld worden.

1. Continu leer- en verbetercyclus door zorgprofessionals en patiënten

- a) Voor het toepassen van passende zorg in de praktijk, is een continu leer- en verbetercyclus door zorgprofessionals en patiënten noodzakelijk.
- b) De verschillende beroepsgroepen hanteren met elkaar een continu leer- en verbetercyclus waarbij passende zorg volgens de laatste (wetenschappelijke) inzichten centraal staat. Het gaat daarbij zowel om de kwaliteit van diagnose en besluitvorming (de goede dingen doen) alsook de kwaliteit van de interventie (de dingen goed doen). De kwaliteit van de interventies wordt mede beoordeeld vanuit het patiëntperspectief door transparantie per zorgaanbieder en vakgroep aan patiënten en verzekeraars, zoals de Patient Reported Outcome Measures (PROM's), Patient Reported Experience Measures (PREM's) en kwaliteit van leven, en het maatschappelijke perspectief op toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dit gebeurt bij voorkeur vanuit registraties waarvan de nut en noodzaak is getoetst en wordt onderschreven waarin de

PROM's en PREM's zijn meegenomen, maar ook aan de hand van aanvullende brondata zoals VEKTIS en DHD (Dutch Hospital Data).

- c) De inzichten over passende zorg worden beschreven in kwaliteitsstandaarden en professionele richtlijnen, waar het patiëntperspectief integraal onderdeel van is, en worden waar nodig versneld (modulair) geactualiseerd. De prioriteringscriteria welke (module van de) richtlijn als eerste wordt geactualiseerd betreffen in ieder geval grote ziektelast, grote arbeidsinzet, veel praktijkvariatie, groot financieel beslag en waar bekend ook klimaat- en milieu-impact.
- d) Aanvullend worden hulpmiddelen ingezet om toepassing in de praktijk te realiseren en het samen beslissen te ondersteunen voor de zorgverlener en de patiënt.
- e) Om de cyclus rond te maken worden bij voorkeur vanuit registraties waarvan de nut en noodzaak is getoetst en wordt onderschreven continu data beschikbaar gemaakt voor zorgverleners, patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheidspartijen om vanuit maatschappelijk perspectief kennishiaten in kaart te brengen, te agenderen, te evalueren/duiden, de inzichten vervolgens te (de-)implementeren en resultaten ten aanzien van passende zorg te monitoren.
- f) Patiënten en zorgverleners gebruiken keuze-/uitkomstinformatie en hulpmiddelen die hen helpen in de vraag of zorg nodig is en bij het "Samen Beslissen" over de beste zorg voor die patiënt in zijn persoonlijke situatie en context.
- g) Zorgverleners verzamelen en registreren, waar relevant, op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg om allereerst continu leren en verbeteren op lokaal en landelijk niveau mogelijk te maken.
- h) Zorgaanbieders maken deze informatie structureel transparant en begrijpelijk beschikbaar voor patiënten om te kunnen gebruiken bij de keuze voor een zorgaanbieder en bij de keuze voor een behandeling. Deze informatie is beschikbaar voor verzekeraars om op basis van passende zorg te kunnen inkopen. Hierover worden met zorgaanbieders heldere afspraken gemaakt. Partijen monitoren gezamenlijk de impact van de transformatie (implementatie en de-implementatie).

2. Voortzetting, focus en vereenvoudiging van programma's / projecten

- a) De ontwikkeling richting passende zorg komt tot stand door programma's³² uit vorige Hoofdpijnen Akkoorden en binnen de sectoren of individuele contracten: deze zijn dus reeds in gang zijn gezet. De doelstellingen van deze programma's en de inzet daarop, zijn onverminderd van belang en worden waar nodig resultaatgericht aangescherpt.
- b) Partijen stimuleren en bestendigen de programma's en zorgen ervoor dat deze waar nodig worden gestroomlijnd en resultaatgericht aangescherpt. Daarbij wordt gefocust op opschaling, implementatie en doorontwikkeling en waar aan de orde de-implementatie.
- c) Van belang is synergie, focus en gelijkgerichtheid van programma's, waarbij de besturing zorgt voor beweeglijkheid en voortgang (klein en passend). Daartoe maken partijen afspraken over de afstemming tussen deze programma's voor wat betreft doelstellingen en aanpak en onderzoeken partijen de mogelijkheden en toepasbaarheid en verbreding van programma's naar andere sectoren. De programma's en projecten worden geïntegreerd opgepakt. Dit betekent dat we niet langer versnipperd in allerlei programma's thema's in de zorg oppakken, maar focus aanbrengen en daar integraal aan werken. Partijen zullen de programma's en projecten van de afgelopen jaren evalueren. Partijen inventariseren/identificeren voor **1 januari 2023** dubblures in activiteiten en overleggen die geschrapt kunnen worden om daar in 2023 uitvoering aan te geven. Onder regie van VWS formuleren partijen doelen en tijdslijnen.

3. Naar een beheersbaar en efficiënt kwaliteitsregistratielandschap

Partijen zetten het traject om toe te werken naar een beheersbaar en efficiënt kwaliteitsregistratielandschap met kracht door (onder procesregie van het Zorginstituut en de inhoudelijk regie van governancecommissies). Daarnaast wordt bekeken of het programma Regie op Registers dure geneesmiddelen aan de governance voor kwaliteitsregistraties kan worden toegevoegd, evenals de aansluiting van de niet-msz zorgsectoren rekening houdend met de specifieke bijzonderheden van die sectoren.

4. Uitkomsten / Uitkomstinformatie die er voor de patiënt toe doen / doet

- a) Waardegedreven zorg betekent dat uitkomsten die voor de patiënt het beste zijn een centrale rol hebben. Inzicht in uitkomsten (zoals patiëntrelevante uitkomsten, PROM's en PREM's) over

³² Dit betreft onder andere de volgende programma's: Tijd voor verbinding, Uitkomstgerichte Zorg, Samen Beslissen, Juiste Zorg op de Juiste Plek, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, Leren en verbeteren met datagestuurde dialoog voor passende zorg en kwaliteitstransparantie.

de gehele zorgketen heen, is van groot belang voor het Samen Beslissen van patiënten en hun zorgverleners, voor het leren en verbeteren door zorgprofessionals en zorgorganisaties, voor de keuze tussen zorgaanbieders door patiënten en cliënten voor een zorgaanbieder en voor waardegedreven zorginkoop door zorgverzekeraars. Dit belang onderschrijven de betrokken partijen.

- b) We continueren en versterken het programma Uitkomstgerichte Zorg voor de MSZ waarbij de gezamenlijke governance efficiënter wordt en gericht is op implementatie in de praktijk en transparantie. We stellen daarbij haalbare doelen op basis van de lessons learned en werken door aan wat mogelijk is aan implementatie, zolang de ICT technische belemmeringen niet zijn opgelost. Het oplossen van ICT belemmeringen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid, waar nodig onder regie van VWS. Uitgangspunt is dat de administratieve lasten niet toenemen. Zie hiervoor het thema Digitalisering en gegevensuitwisseling.
- c) Partijen verbreden op basis van de lessons learned de inzet op uitkomstgerichte zorg naar andere sectoren, te beginnen met de paramedische zorg **per 1 januari 2023**. Verbreding wordt toegespitst op het ontwikkelstadium van die specifieke sectoren en zet waar mogelijk in op het beschikbaar krijgen van uitkomstinformatie (zoals patiëntrelevante uitkomsten, PROMS en PREMS) over de keten heen.
- d) Zorgaanbieders in alle sectoren hebben uitkomstgericht werken (vaststellen landelijke definities en registratiestandaarden, registreren, uitwisselen, transparant maken en gebruiken van uitkomstinformatie, PROMS en PREMS) **in 2025** geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk. Waar geen uitkomstmaten haalbaar zijn, zijn zorgaanbieders zo transparant mogelijk via proces en/of structuurindicatoren of kwaliteit audits.
- e) Samen beslissen is **in 2025** ingebed in de gehele zorg en dus alle domeinen.
- f) **In 2025** moet daartoe in de medisch specialistische zorg voor 50% van de ziektelast uitkomstinformatie transparant beschikbaar zijn in het kader van samen beslissen.

5. Cyclus van gepast gebruik als motor voor passende zorg

- a) We hanteren de cyclus van gepast gebruik (agenderen, evalueren/duiden, implementeren resultaten, monitoren) als continue motor voor het concretiseren van Passende Zorg. We continueren en versterken de werkwijze van ZE&GG voor de MSZ onder de governance van de hierbij betrokken partijen. We verbreden hierbij naar de onderwerpen Digitale en hybride Zorg en Organisatie van Zorg (JZOJP) zodat de transformatie naar passende digitale zorg en zorg op de juiste plek versneld kan worden. Partijen hanteren de cyclus van gepast gebruik in alle sectoren, zo nodig toegespitst op het ontwikkelstadium van die specifieke sector en met een programma-aanpak die goed aansluit bij de kennisvragen uit die sector. Deadline voor geconcretiseerde afspraken over het verbreden van deze cyclus en een bijbehorende werkagenda is **1 maart 2023**. VWS is trekker en bewaakt de deadline.
- b) Er wordt per sector door de veldpartijen gezamenlijk een agenda gemaakt van de kennisvragen en implementatievraagstukken die maatschappelijk het meest impactvol zijn. De prioriteringscriteria die hierbij gebruikt worden, sluiten aan op de uit te werken selectiecriteria voor de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket. De prioriteringscriteria worden nog uitgewerkt door partijen en betreffen in ieder geval: grote ziektelast, grote arbeidsinzet, veel praktijkvariatie, groot financieel beslag en klimaat- en milieu-impact. Dit zal per sector een verschillend resultaat hebben. Deadline voor de eerste agenda is **1 juli 2023**.
- c) Bij geprioriteerde kennisvragen, spreken partijen steeds af wat een redelijke termijn is waarbinnen deze vraag in het kader van onderzoek beantwoord dient te worden en committeren zich daarvoor aan de uitvoering van het benodigde onderzoek en voor de inclusie van patiënten. Inclusie bij evaluatieonderzoek wordt door ZE&GG gestimuleerd door een benchmark op te zetten over inclusiepercentages waar partijen zich aan committeren en actief aan bijdragen. Voor de zorg die geprioriteerd wordt voor onderzoek geldt het uitgangspunt zoals onder 11b geformuleerd dat deze alleen nog in het kader van het onderzoek gefinancierd kan worden.
- d) Daarnaast spreken partijen af dat (de)implementatie in principe **binnen 1 jaar** tot aantoonbaar resultaat leidt, waarbij partijen een andere redelijke termijn afspreken als dat meer passend is.
- e) Aansluitend hierop en bij het uitblijven van voldoende resultaat zullen overheidspartijen op basis van dezelfde hierboven genoemde criteria onderwerpen van zorg selecteren voor toetsing op de criteria van het basispakket. VWS neemt de vraag wanneer er sprake is van uitblijven van voldoende resultaat en de daarvoor geldende criteria, in overleg met het Zorginstituut, mee in de uitwerking van het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket.
- f) Het Zorginstituut brengt in kaart welke praktijken/werkwijzen leiden tot meer passende en daarmee patiëntgerichte zorg, en deelt deze best practices op haar website.

6. Kader passende zorg en verbetering en verbreding toets basispakket

Partijen onderkennen de noodzaak van de verbetering van het pakketbeheer voor passende zorg. Allereerst om de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor patiënten te borgen door te zorgen dat de beschikbare zorgprofessionals en zorgfaciliteiten alleen worden ingezet voor het bieden van zorg die bewezen passend is. Daarnaast draagt het bij om de maatschappelijke opgave binnen het IZA te kunnen realiseren. Ten behoeve hiervan wordt ingezet op activiteiten voor zowel de korte als de lange termijn en maken de IZA-partijen hierover de volgende afspraken:

- a) **Kader passende zorg:** Het Zorginstituut heeft in opdracht van VWS een Kader passende zorg ontwikkeld dat als uitgangspunt dient voor de te verlenen zorg uit de basisverzekering. Het Kader is opgesteld in verbinding met het veld. De minister van VWS omarmt de richting die het Kader geeft. Het geeft richting aan de beweging en geeft inzicht in de rollen en verantwoordelijkheden. Het geeft daarmee richting aan de levering van zorg en is leidend in de contractering van passende zorg en leidend voor toezicht en handhaving. Het Kader is dynamisch en past zich aan bij voortschrijdende inzichten in wisselwerking met de praktijk. Het Zorginstituut zorgt ervoor dat het Kader toepasbaar is in de praktijk.
- b) **Uitvoering van het pakketbeheer is een gezamenlijke verantwoordelijkheid:** Pakketbeheer vraagt inzet van overheid en veldpartijen. Agenderen komt zowel vanuit de overheid (risicogericht) als vanuit het veld. Pakketuitspraken zullen in toenemende mate gekoppeld zijn aan voorwaarden die betrekking hebben op de kwaliteit en organisatie van zorg. In de uitvoering monitoren zorgverzekeraars en aanbieders zelf – alsook de overheid of er sprake is van passende zorgpraktijken door deze transparant te maken. Inzichten kunnen leiden tot aanpassing van afspraken, of nieuwe agendering.
- c) **Bijdrage aan de financiële en maatschappelijke opgave:** In het financiële hoofdstuk is omschreven hoe het Integraal Zorgakkoord in zijn geheel bijdraagt aan de opgave. Pakketbeheer en passende zorgpraktijken dragen bij aan de maatschappelijke en financiële opgave uit het Integraal Zorgakkoord.
- d) **Rollen en verantwoordelijkheden:** De toets op het basispakket wordt per 1 januari 2023 verbeterd en verbreed in lijn met het Kader passende zorg. Alle zorgpartijen nemen nadrukkelijk hun verantwoordelijkheid, elk vanuit hun eigen rol:
 - **VWS:** VWS werkt voor 1 januari 2023 samen met het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland uit hoe kennis uit bestaande programma's (o.a. ZE&GG, UZ, JZOJP) over passende zorg samengebracht en ontsloten kan worden ten behoeve van het zetten van stappen richting passende zorg bij de inkoop 2024 en hoe dit gekoppeld wordt aan passende zorgpraktijken.
Het Ministerie van VWS stuurt in het najaar van 2022 een Kamerbrief over de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket. Daarmee agendeert VWS pakketbeheer politiek. In 2023 wordt dit met partijen nader geconcretiseerd en de aanpassing van wet- en regelgeving voorbereid. Hierbij werkt VWS uit welke normerende keuzes en criteria gelden ten aanzien van de afbakening van het verzekerd pakket, om passende zorg in het pakket de norm te laten zijn. Daarbij maakt VWS de inhoudelijke invulling van de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket concreet mede aan de hand van het Kader passende zorg door normerende criteria te formuleren, waaronder de uitwerking van het criterium (kosten)effectiviteit. Hierbij worden ook "arbeidsbesparing" en de uitgangspunten "zelf wat kan, thuis wat kan en digitaal wat kan" betrokken. Dit geldt zowel voor toelating tot én uitstroom uit het basispakket.
VWS formuleert ook een opdracht aan het Zorginstituut om zijn rol in de verbeterde en de verbrede toets op het basispakket vorm te geven. Tevens maakt VWS de inhoudelijke en wettelijke invulling van de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket concreet, inclusief de rol van het Zorginstituut, en borgt de uitvoerbaarheid daarvan. Onderdeel van de uitwerking is ook hoe om te gaan met lopende behandelingen indien er sprake is van uitstroom uit het basispakket. Ten slotte werkt VWS, in lijn met de doelstellingen onder 2b geformuleerd en in lijn met de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket aan de (her)inrichting van het landschap voor pakketonderzoek.
 - **Zorginstituut:** Het Zorginstituut is als onafhankelijke partij medeverantwoordelijk voor het pakketbeheer in het algemeen belang: voor de methodiek van beoordelen en het doen van uitspraken bij geschillen. Het Zorginstituut concentreert zich op de uitvoering van de opdrachten die VWS geeft op basis van het CA en IZA ten behoeve van realisatie van de maatschappelijke opgaven voor zowel de korte als de lange termijn. Het Zorginstituut beheert daarvoor normatief, proactief en gestructureerd het basispakket, mede op basis van de principes van passende zorg. Het Zorginstituut zal daarbij in de toekomst vaker uitspraken doen over de pakketwaardigheid, zowel aan het bestaande criterium stand van de wetenschap en praktijk als de normerende criteria die VWS in 2023 formuleert. Omdat

niet alle zorg tegelijkertijd getoetst kan worden, worden er selectiecriteria ontwikkeld voor te toetsen (bestaande of nieuwe) zorg en een agenda opgesteld. Dit wordt gedaan mede in overleg met het veld en met een centrale rol voor het Zorginstituut.

De toetsing kan leiden tot de conclusie dat zorg niet tot het basispakket behoort. Het Zorginstituut maakt dit kenbaar. Als deze zorg al wordt geleverd wordt deze zorg binnen een vastgestelde termijn gedeïmplementeerd door veldpartijen. De toetsing kan ook leiden tot de conclusie dat er onzekerheid is over de pakketwaardigheid. Als deze zorg al wordt geleverd kan deze gedurende een vooraf te bepalen onderzoeksperiode worden gefinancierd aan het einde waarvan een conclusie getrokken wordt over de pakketwaardigheid. Het Zorginstituut maakt afspraken met de wetenschappelijke en beroepsverenigingen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties over hun betrokkenheid en welk bewijs nodig is. Het Zorginstituut zal in zijn onafhankelijke positie de voortgang waarborgen: bij het verstrijken van de afgesproken termijn zal het Zorginstituut onverwijld duiden ten aanzien van pakketbeheer op basis van de beschikbare informatie dan wel het ontbreken van bewijs voor de meerwaarde van een bepaalde vorm van zorg.

Het Zorginstituut draagt te allen tijde zorg voor door zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitvoerbare pakketuitspraken. Het Zorginstituut geeft daarbij zo concreet mogelijk aan welke zorg wel, niet of onder uitsluitend onder bepaalde leveringsvoorwaarden tot het verzekerd pakket behoort.

- **Wetenschappelijke en beroepsverenigingen:** Het inzichtelijk maken van de onderbouwing van en de bewijslast voor passende zorg ligt bij de wetenschappelijke en beroepsverenigingen. Deze onderbouwing wordt gebruikt voor het opstellen van richtlijnen. Waar zorg is geprioriteerd voor onderzoek, is de betreffende wetenschappelijke of beroepsvereniging verantwoordelijk voor correcte en tijdige opzet en uitvoering van het onderzoek en het monitoren en transparantie verlenen aan andere IZA-partijen. Dit leidt in de praktijk tot resultaatsafspraken voor het tijdig aanpassen/opstellen van richtlijnen en protocollen, inclusief een leer- en verbetercyclus door middel van monitoring en transparantie. Indien dit niet tijdig gebeurt, neemt het Zorginstituut zoals gezegd, een standpunt in op basis van de wel beschikbare informatie dan wel het ontbreken van bewijs waarbij onvoldoende bewijslast in principe leidt tot uitsluiting uit de basisverzekering.
- **Zorgverzekeraars:** Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de rechtmatige uitvoering van de zorgverzekering. Het Kader passende zorg is het leidend principe bij inkoop en contractering door verzekeraars. Passende zorg is een van de prioritaire thema's bij het toekennen van transformatiemiddelen bij grote transformaties. Zie het hoofdstuk Contractering voor de afspraken die hierover zijn gemaakt. Zorgverzekeraars toetsen (risicogericht) in de uitvoering of zorg voldoet aan de pakketcriteria, waaronder stand van wetenschap en praktijk en (kosten)effectiviteit en sturen hierop in de contractering en afspraken met zorgaanbieders. Tevens kunnen zij een signaalfunctie vervullen richting het Zorginstituut in het kader van het pakketbeheer. Zorgverzekeraars kunnen dat individueel aangeven aan het Zorginstituut. Ook kunnen zorgverzekeraars samen een Zorg Advies Traject doorlopen en dat vervolgens zo nodig bij het Zorginstituut agenderen voor duiding ten behoeve van pakketbeheer; dit geldt echter alleen voor specifieke onderwerpen. Zorgverzekeraars schalen goede praktijken voor passende zorg op en sturen op afbouw van minder passende zorg middels contractering met zorgaanbieders.
- **Zorgaanbieders:** Zorgaanbieders spelen een belangrijke rol bij het realiseren van passende zorg omdat zij verantwoordelijk zijn voor het leveren van goede zorg zoals omschreven in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg: "Aan goede zorg worden voorwaarden gesteld, waaronder de veiligheid, doeltreffendheid, doelmatigheid en cliëntgerichtheid van die zorg, waarbij zorgaanbieders en zorgverleners handelen overeenkomstig de professionele standaard en kwaliteitstandaarden." Inclusie van patiënten t.b.v. evaluatieonderzoek wordt maximaal gestimuleerd.
- **Patiëntenorganisaties:** PM nog in te voegen.
- **NZa:** De NZa zet zich in op het ontwikkelen van passende bekostiging van zorg. Het is belangrijk dat financiële prikkels passende zorg ondersteunen. De prikkels liggen nu vooral nog bij interventies en te weinig bij bijvoorbeeld passende besluitvorming. De NZa sluit daarbij nauw aan op het pakketbeheer van het Zorginstituut. De NZa werkt hiervoor samen met het Zorginstituut aan een werkwijze die gericht is op het stimuleren van passende zorg, ook in de bekostiging (inclusief betaaltitels). Voor 1 juli 2023 dient deze werkwijze gereed te zijn.

Daarnaast richt de NZa haar toezicht zo in dat het bijdraagt aan passende zorg en gebruikt als leidraad hiervoor het Kader passende zorg. Daarbij is het streven om in ieder geval het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de

zorgverzekeraars te intensiveren in het kader van de verbeterde en verbrede toets op het basispakket. Dit wordt nog nader uitgewerkt.

- **IGJ:** De IGJ draagt bij aan het bevorderen van een actieve leercultuur gericht op passende zorg mede aan de hand van het Kader passende zorg. Ook werkt de IGJ uit hoe passende zorg via hun toezichtsrol versterkt kan worden daar waar de cultuurverandering onvoldoende van de grond komt.
- e) **Passende zorg praktijken:** De transformatie naar passende zorg betekent inzetten op de zorgvraag, het zorgaanbod (waaronder pakketbeheer) en hoe de zorg in de praktijk georganiseerd is. Voor de beweging naar passende zorg is daarmee niet alleen van belang te kijken naar of zorg effectief en van goede kwaliteit is, maar juist ook inzicht te krijgen in organisatie van zorg: dit samen vormt passende zorgpraktijken. Om de transformatie te versnellen, is het van belang om gezamenlijk, in dialoog met alle partijen, inzicht te krijgen in hoe de zorg passend wordt georganiseerd en deze praktijken via het Zorginstituut breder kenbaar te maken. In de dialoog is het Kader passende zorg leidend, waarna het Zorginstituut de passende praktijken kan vaststellen. De vastgestelde passende zorg praktijken zijn vervolgens de basis voor contractering en praktijk; niet-passende zorg praktijken worden gedeïmplementeerd.
Door passende zorg praktijken van overheidswege te erkennen en kenbaar te maken welke zorgaanbieders deze praktijken toepassen worden zorgprofessionals en zorgaanbieders gestimuleerd passende zorg te leveren en voorlopers beloond, worden zorgverzekeraars en aanbieders beter in positie gebracht om de beweging naar passende zorg via contractering af te dwingen, en kunnen patiënten erop vertrouwen dat de overheid erop toeziet dat het werken aan een financieel en personeel houdbaar stelsel niet ten koste gaat van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

7. Dure Geneesmiddelen

Meerdere elementen die in bovenstaande paragrafen zijn genoemd komen ook terug in afspraken die we met elkaar maken om de kostengroei van dure geneesmiddelen af te remmen en daarmee de beschikbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen en de kwaliteit van de medische specialistische zorg beter te waarborgen.

Verbeteren pakketbeheer dure geneesmiddelen

- a) Partijen hebben behoefte aan meer centrale regie door het Zorginstituut en VWS bij de toelating van geneesmiddelen tot het pakket:
 - VWS verkent hoe het huidige pakketbeheer en de beheerste instroom verbeterd kan worden met oog op betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen in de medische specialistische zorg. Hierbij wordt ook gekeken naar eerder gedane onderzoeken naar pakketbeheer en beheerste instroom en naar ervaringen in het buitenland. Deze verkenning en besluitvorming wordt, in consultatie met de partijen, afgerond in de periode waarvoor de afspraken gelden.
 - Partijen hebben de ambitie om dure geneesmiddelen na pakkettoelating periodiek te herbeoordelen. Dit wordt in 2023 met de partijen, VWS en het Zorginstituut verder uitgewerkt als onderdeel van het traject verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket.
 - VWS beziet in het kader van het verbeteren en verbreden toets op het basispakket of het wettelijk criterium effectiviteit aangevuld kan worden met een criterium kosteneffectiviteit;
 - Partijen vinden het van belang dat het financieel risico van dure geneesmiddelen na pakkettoelating zoveel mogelijk bij fabrikanten wordt belegd. Daartoe zal het Zorginstituut gevraagd worden om, voordat een geneesmiddel is opgenomen in het basispakket, in zijn advisering aan VWS extra aandacht te besteden aan middelen waarbij de onzekerheid over (kosten-)effectiviteit niet is afgedekt.

Rol wetenschappelijke verenigingen en maatschappelijk aanvaardbare prijzen aan nieuwe middelen

- b) Bij de instroom van nieuwe middelen en nieuwe indicaties van bestaande middelen wordt de rol van geneesmiddelcommissies van de wetenschappelijke verenigingen bij de plaatsbepaling van het geneesmiddel binnen het Nederlandse behandellandschap versterkt. FMS maakt brede procesafspraken met ZN, ZIN, VWS en PFN over wie betrokken wordt bij specifieke plaatsbepalingen. Bij het opstellen van een plaatsbepaling wordt, waar mogelijk, over gepast gebruik en doelmatigheidsonderzoek geadviseerd. En als er kwaliteitscriteria worden opgesteld, worden andere partijen zoals de NVZ en Patiëntenfederatie hierbij betrokken.
- c) Momenteel wordt door de FMS samen met de wetenschappelijke verenigingen een structuur en methodiek ingericht voor het afgeven van beoordelingen en plaatsbepalingen van geneesmiddelen. Dit traject wordt ondersteund door een subsidie van VWS. Partijen spreken

met elkaar af dat structurele financiering van deze geneesmiddelencommissies na afronding van deze subsidie en **uiterlijk in 2024** een plek krijgt binnen het MSZ kader.

- d) Partijen nemen maatregelen gericht op het realiseren van redelijke en maatschappelijk aanvaardbare prijzen en het beter laten functioneren van het systeem van het ontwikkelen en vermarkten van dure geneesmiddelen. Vanwege het internationale karakter van de ontwikkeling en vermarkting van geneesmiddelen is samenwerking nodig op Europees niveau. Nederland stelt zich actief op in internationale discussies die moeten bijdragen aan duurzame betaalbaarheid van geneesmiddelen. Partijen werken met VWS samen om te bezien welke additionele maatregelen nationaal kunnen worden genomen in aanvulling op de Europese inzet.
- e) Zorg wordt versterkt door te sturen op meer netwerkvorming en indien nodig concentratie in een beperkt aantal specialistische centra die over de benodigde infrastructuur beschikken om de effectiviteit van de middelen te toetsen. Dit is van belang wanneer concentratie - onderbouwd met evidence - tot betere uitkomsten van zorg leidt, of wanneer concentratie schaalvoordelen biedt. In andere gevallen is het wenselijk om de zorg zoveel mogelijk lokaal te laten plaatsvinden, ondersteund door kennis- en behandelcentra in de regio.

Gepast gebruik van dure geneesmiddelen: agendering, onderzoek, implementatie en evaluatie

- f) Met de partijen van het Landelijk Overleg Dure Geneesmiddelen, dat zijn de FMS, PFN, NZa, NVZ, NFU en ZN en het Zorginstituut, wordt een werkgroep opgericht die gaat werken aan een gestructureerde aanpak van gepast gebruik van dure geneesmiddelen in samenhang met het programma ZE&GG. In het **najaar van 2022** ligt hiervoor een plan van aanpak. Hieronder vallen de volgende acties:

- In de praktijk blijkt dat kennis over initiatieven rond gepast gebruik van geneesmiddelen versnipperd is en dat de kansen voor gepast gebruik onvoldoende worden benut. Het is zaak dat praktijkvariatie in geneesmiddelengebruik tussen ziekenhuizen nauwgezet wordt gemonitord en dat op basis daarvan gepast gebruik minder vrijblijvend wordt en succesvolle trajecten worden overgenomen. Gepast gebruik kan plaatsvinden bij alle ziektegebieden. Doelmatigheidspotentieel ligt vooral in de hematologie, oncologische zorg en chronische immuunziekten³³.
- Partijen voeren de landelijke vervolgacties uit die geformuleerd zijn vanuit het Programma Gepast Gebruik Dure Geneesmiddelen, als onderdeel van de voortzetting, focus en vereenvoudiging van programma's/projecten zoals genoemd onder 2. Partijen geven eveneens invulling aan de acties die bij instroom van nieuwe geneesmiddelen door het Zorginstituut wordt geadviseerd.
- Partijen werken een aanpak uit voor gepast gebruik van dure geneesmiddelen die aansluit en samen optrekt met de cyclus voor gepast gebruik van het Programma ZE&GG. Hierbij worden kansrijke gepast gebruik interventies voor dure geneesmiddelen geagendeerd, wordt op een gestructureerde wijze onderzoek gedaan deze interventies, worden bewezen effectieve interventies breed in de praktijk geïmplementeerd en wordt geëvalueerd in hoeverre implementatie heeft plaatsgevonden. Daarbij is oog voor mogelijke implementatie-barrières en worden deze waar mogelijk beslecht. Deze afspraken worden uitgevoerd in lijn met de doelstellingen onder 5 'Cyclus van gepast gebruik als motor voor passende zorg'.
- In ieder ziekenhuis zal vanaf Q2 2023 een PDCA cyclus actief zijn waarbij aantoonbaar de landelijk bekende interventies zijn geanalyseerd, implementatie is voorbereid en uitvoering wordt gemonitord op kwaliteit, (kosten)effectiviteit en doelmatigheid en transparantie voor patiënten, verzekeren en verzekeraars zodat implementatie kan worden versneld middels de contractering.

- g) Gepast gebruik interventies; financiering en contractering

- De werkgroep zal kijken naar een optimaal gebruik van bestaande financieringsstromen (o.a. Treatmeds/ZonMw) voor gepast gebruik onderzoek met specifieke focus op bijv. oncologische zorg en de chronische immuunziekten.
- Bij bewezen doelmatigheidsinterventies van door zorgverzekeraars gezamenlijk geaccordeerde en gefinancierde interventies zal er sprake zijn van gelijkgericht inkopen door zorgverzekeraars waarbij contractvorm en prijs bilateraal blijven.

Het beoogd resultaat van deze acties is dat **uiterlijk in 2026** gepast gebruik van dure geneesmiddelen integraal onderdeel is van het reguliere zorgproces (cyclus van gepast gebruik). Aanvullend op de bovengenoemde gepast gebruik afspraken hebben partijen de mogelijkheid om gepaste zorg ook bilateraal overeen te komen, met als doel om aanjaagfunctie te creëren voor landelijk opschaalbare projecten.

³³ SiRM kostenprognose dure geneesmiddelen

8. Risicoverevening

- De risicoverevening heeft als doel het creëren van een gelijk speelveld en het voorkomen van prikkels tot risicoselectie. Het is wenselijk en noodzakelijk om de risicoverevening verder te verbeteren.
- VWS, ZINL en zorgverzekeraars onderzoeken verbeteringen van de risicoverevening, waardoor het doel van de risicoverevening beter bereikt wordt, en waardoor ook passende zorg wordt bevorderd zonder dat dat ten koste gaat van de verevenende werking. Een betere verevening van ongezonde verzekerden (en spiegelbeeldig van gezonde verzekerden) versterkt de gelijkheid van het speelveld en voorkomt risicoselectie, en het versterkt tegelijkertijd de prikkels tot passende zorg en regionale samenwerking, omdat ongezonde verzekerden vanuit het perspectief van verzekeraars aantrekkelijker zijn geworden. Daarnaast kan in enkele gevallen vanuit de huidige vormgeving van het risicovereveningsmodel (door het werken met modelkenmerken op basis van zorgdeclaratiegegevens) een belemmering voor passende zorg ontstaan; verbetering hiervan is tevens onderwerp van onderzoek.
- Knelpunten en oplossingen met betrekking tot de transitie naar passende zorg en regionale samenwerking liggen ook buiten de risicoverevening (zie andere paragrafen IZA). Ook kunnen oplossingen om eventuele ongewenste neveneffecten in de verevening m.b.t. transitie naar passende zorg te voorkomen buiten de verevening liggen.

Vanuit voorgaande spreken partijen concreet af:

- a) Alle partijen erkennen en herkennen dat de doelstelling van de risicoverevening is om te zorgen voor een gelijk speelveld tussen verzekeraars, zodat verzekeraars met een relatief ongezonde verzekerdenpopulatie door de voorspelbaar hogere kosten van zorg niet op achterstand staan ten opzichte van verzekeraars met een relatief gezonde populatie, en daarmee het voorkomen van prikkels tot risicoselectie. Alle partijen erkennen en herkennen dat de bedoeling is dat verzekeraars zich richten in de inkoop van kwalitatief goed, toegankelijke en betaalbare zorg, en zich niet richten op bepaalde subpopulaties van verzekerden puur omdat de risicoverevening voor zo'n subgroep niet of nog niet perfect genoeg is.
- b) Alle partijen zijn van mening dat de kwaliteit van de Nederlandse risicoverevening zeer hoog is. Alle partijen zijn desalniettemin ook van mening dat verdere verbetering van de risicoverevening wenselijk en noodzakelijk is om de energie van en prikkels voor zorgverzekeraars scherp te richten op de zorginkoop van goede, passende en doelmatige zorg.
- c) Alle partijen zijn ervan overtuigd dat de belangrijkste verbeteringsopgave is om ondercompensatie op ongezonde verzekerden en overcompensatie op gezonde verzekerden substantieel te verminderen, zowel vanuit het perspectief van het gelijke speelveld en het voorkomen van prikkels tot risicoselectie, als vanuit het besef dat zo'n vermindering de prikkels tot inkoop van passende zorg en regionale samenwerking versterkt. Partijen steunen daarom vol de onderzoeksagenda risicoverevening zoals bekrachtigd door de Minister van VWS, bestuurders van ZN en zorgverzekeraars en de bestuurder van het ZINL in het Bestuurlijk Overleg Risicoverevening van 1 september 2022 en publiek gemaakt in Kamerbrief [PM nummer+link].
- d) Alle partijen zijn er ook van overtuigd dat het wenselijk is om daar waar in de uitwerking van het risicovereveningsmodel concrete belemmeringen voor inzet op specifieke en concrete paden van passende zorg blijken, onderzoek gedaan wordt naar de mogelijkheden om deze belemmeringen gericht vanuit het huidige risicovereveningsmodel te adresseren. Het onderzoek in opdracht van Zorginstituut Nederland is daarbij het vertrekpunt [PM verwijzing naar Kamerbrief naar aanleiding van het Bestuurlijke overleg risicoverevening van 1 september waar dit onderzoek bijlage bij is en waarin een kabinetsreactie op het onderzoek wordt gegeven.] Het zwaartepunt van het onderzoeksprogramma risicoverevening ligt volgens alle partijen echter bij

de opgave genoemd in punt 3: het verbeteren van de compensatie voor gezonde en ongezonde verzekerden.

- e) Alle partijen beseffen dat verbeteringen ook van nieuwe typen modelaanpassingen zullen moeten komen, omdat klassieke risicovereeningsoplossingen inmiddels benut zijn. Alle partijen erkennen daarmee, dat nieuwe oplossingen ook met risico's en onzekerheden gepaard gaan, en committeren zich aan de bereidheid om zulke risico's en onzekerheden, na gedegen onderzoek en voor zover binnen de grenzen van de wet en de grenzen van het redelijke en haalbare, te accepteren, ook als die risico's en onzekerheden betrekking hebben op de eigen belangen.
- f) Voorts zijn alle partijen ervan overtuigd dat nieuwe bronnen van data die voorspellend zijn voor de toekomstige zorgkosten van verzekerden zeer welkom zijn, zeker naarmate die data dichter aansluiten bij de gezondheid van de verzekerde en minder een weerslag zijn van de behandeling van de verzekerde. Data die dicht bij gezondheid aansluiten zijn immers minder gevoelig voor het risico dat vanuit de risicovereeniging belemmeringen op de prikkels tot passende zorg zouden uitgaan.

9. Kwaliteit en transparantie in de ggz

Doel: De ggz in Nederland is van hoog niveau, maar het kan beter. Door meer inzicht te krijgen in zorgopbrengsten en kwaliteit en effectiviteit van behandeling kunnen we de zorg aan patiënten verder verbeteren, zodat:

- Patiënten kunnen rekenen op goede zorg.
- Zorgverzekeraars meer gericht kunnen inkopen.
- Behandelaren meer inzicht krijgen in wat werkt (en wat niet) en hun beroepspraktijk kunnen verbeteren

Afspraken

- Er is versnelling nodig in het transparant maken van kwaliteitsgegevens in de ggz. Partijen gaan onder procesbegeleiding van het Zorginstituut werken aan meer uitkomstinformatie ten behoeve van toezicht, samen beslissen, leren en verbeteren middels kwalitatieve en kwantitatieve uitkomstindicatoren.
- Er komt uiterlijk 1 januari 2025 uitkomstinformatie beschikbaar voor toezicht, het leren en verbeteren van professionals, het samen beslissen van patiënt en behandelaar over de juiste behandeling en voor ondersteuning van zorgverzekeraars bij het contracteren van de juiste zorgaanbieder.
- Deze data worden 1-1-2025 ter beschikking gesteld aan patiënten en verzekeraars. Informatie is nodig voor het maken van keuzes voor passende zorg. In afstemming met professionals en aanbieders wordt bekeken welke data per 1-1-2025 ter beschikking gesteld wordt gesteld aan patiënten en verzekeraars en op welke manier dat gebeurt.
- Verbeteren sturingsmogelijkheden van verzekeraars op ongecontracteerde zorg, zie ook bredere discussie over contractering.

Randvoorwaarden

10. Inzicht in de toepassing van passende zorg

- a) Goede informatie is cruciaal om de transformatie in beweging te krijgen én te houden. Om op basis van een kortcyclische leer- en verbetercyclus gericht te kunnen werken aan passende zorg, is inzicht in uitkomsten, waaronder kwaliteit, (kosten)effectiviteit, en doelmatigheid van zorg van doorslaggevend belang. Dit is belangrijk voor patiënten en zorgprofessionals om goede keuzes te kunnen maken in de behandeling, voor zorgaanbieders om zorgprocessen beter in te richten, voor zorgverzekeraars om te kunnen sturen op passende zorg in de contractering en voor de NZa en de IGJ in hun toezichthoudende rol.
- b) Daarom wordt ten behoeve van de implementatie en monitoring van passende zorg, in aanvulling op de monitoring rondom de grote transformaties, uniforme spiegelinformatie opgesteld en op aanbieder niveau transparant gemaakt voor aanbieders, zorgprofessionals, patiënten en verzekeraars. Deze spiegelinformatie omvat tenminste kwalitatieve en administratieve gegevens die inzicht opleveren over kosten(effectiviteit) in relatie tot kwaliteit

en doelmatigheid. Deze spiegelinfrastructuur komt tot stand in samenwerking tussen de relevante partijen (beroepsgroepen, Zorginstituut, patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders). Spiegelinformatie heeft als doel leren om te verbeteren, beter inkopen, monitoren en sturen op voortgang op de maatschappelijke doelen. Voor de transformatie is ook inzicht in de organisatie en inrichting van zorg nodig. Hiervoor is inzicht nodig in praktijken waarvan vastgesteld kan worden dat het passende zorg is zodat deze normerend gaan werken voor de uitvoering en contractering.

- c) IZA-partijen spreken af om **per 1 juli 2023** een spiegelinfrastructuur te hebben ingericht die ondersteunt bij de monitoring van passende zorg.

11. Inventarisatie en oplossingen voor eenmalige registratie en meervoudig gebruik voor meerdere doeleinden (zie ook thema digitalisering en gegevensuitwisseling)

- a) Randvoorwaarde is dat eenmalige registratie daadwerkelijk mogelijk is en meervoudig gebruik voor meerdere doeleinden mogelijk wordt. Zo wordt grote registratielast voorkomen.
- b) Partijen geven, onder regie van VWS, uitvoering aan de inventarisatie en het oplossen van technisch/juridische/financiële belemmeringen voor vastleggen, uitwisselen, ontsluiten en gebruik van gegevens (op basis van data van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars en eventueel andere databronnen zoals CBS) ten behoeve van 1) leren en verbeteren, 2) zorguitkomsten en keuze-informatie voor patiënten, 3) zorginkoop, 4) verantwoording, 5) wetenschappelijk onderzoek, 6) pakketcyclus, 7) gepast gebruik en 8) benchmarks of spiegelinformatie. Zie voor de concrete afspraken op het terrein van secundair datagebruik het thema Digitalisering en gegevensuitwisseling.

12. Commitment en gelijkgerichtheid

- a) Het realiseren van de beoogde transformatie naar passende zorg vraagt om commitment van zowel zorgaanbieders als zorgprofessionals en patiëntenorganisaties voor lastige portfoliokeuzes die te maken hebben met verstevigen van de (regionale) samenwerking over ketens heen, met meer regie op kwaliteit, toegankelijkheid en met spreiding en concentratie van zorg.
- b) PM tekst over msb's

13. Financiële middelen

- a) De specifieke programma's zoals Uitkomstgerichte Zorg en ZE&GG die bijdragen aan passende zorg worden door VWS voorzien van voldoende financiële middelen. Partijen voorzien gezamenlijk in een adequate governance.
- b) VWS zorgt, onder voorbehoud van de juridische haalbaarheid en wenselijkheid, dat potentieel (meer) passende zorg gericht gefinancierd kan worden in het kader van onderzoek (bij deelnemende instellingen voor deelnemende patiënten) t.b.v. pakketbeheer. VWS streeft ernaar een eerste ontwerp van de benodigde regelgeving gereed te hebben in het **voorjaar 2023**.
- c) De financiële middelen van de huidige financiers (m.n. VWS en zorginstellingen) van MSZ-kwaliteitsregistraties worden **vanaf januari 2023** de getoetste registraties overgeheveld naar Zorgverzekeraars Nederland als centrale financier, conform de afspraken met betrekking tot de centrale financiering van het Kwaliteitsregistratielandschap³⁴. Op die manier kan de maatschappelijke business case die ten grondslag ligt aan het streven naar grotere doelmatigheid en synergie in de processen van kwaliteitsregistraties en hun dataverwerkers worden bereikt en dubbele en ondoelmatige financiering worden voorkomen.
- d) De kwaliteitsgelden om in samenwerking tussen zorgprofessionals en patiënten te werken aan de continu leer- en verbetercyclus, en keuze-ondersteuning voor de patiënt gericht op passende zorg in de praktijk zijn door VWS structureel geborgd.³⁵ De maatschappelijke opgaven en publieke kaders zijn leidend bij de prioritering van de inzet van kwaliteitsgelden.
- e) **Voor 1 maart 2023** zijn afspraken gemaakt over de noodzakelijke (structurele) financiering en bekostiging van de gevraagde investeringen en inspanningen die noodzakelijk zijn hetgeen bij randvoorwaarde 9 staat beschreven (eenmalige registratie en meervoudig gebruik voor meerdere doeleinden) en wie daarbij een verantwoordelijkheid heeft in financiële zin.

³⁴ Overeenkomstig het eindrapport van de kwartiermaker gaat het om 70% en 100%, maar deze percentages zijn nog onder voorbehoud van nadere invulling.

³⁵ Zie hiervoor de VWS-begroting.

Bijlage B Regionale samenwerking - algemeen

Inleiding

Een van de principes van passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek. Daarbij gaat het om het voorkomen van zorg, het verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis waar dat kan, verder weg als dat moet) en het vervangen van zorg door andere (effectievere en/of efficiëntere) vormen, zoals digitale en hybride zorg.

Voor het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek voor mensen in Nederland is regionale en lokale samenwerking nodig. Niet alleen binnen het zorgdomein, maar ook tussen het gemeentelijk domein en het zorgdomein is samenwerking van belang om de gezondheid en welzijn van mensen te bevorderen en (zwaardere) zorg te voorkomen. Samenwerken is noodzakelijk, maar complex; het vraagt van zorgpartijen en de overheid om verder te kijken dan hun individuele belangen, te staan voor moeilijke keuzes in het afbakenen en toekomstbestendig organiseren van zorg. Regionale samenwerking is niet de panacee voor alle opgaven in de zorg; het is één van de randvoorwaarden die hieraan kan bijdragen, met hele stevige dwarsverbanden naar andere elementen als passende zorg, digitalisering en arbeidsmarkt. IZA-partijen maken de onderstaande afspraken over regionale samenwerking.

1. Algemene afspraken

- a. Een ander perspectief op zorg waarbij gezondheid en leefstijl centraal staat, in combinatie met het borgen van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, chronische zorg, basis medisch specialistische zorg én de hiermee verbonden preventie-inzet binnen het gemeentelijk domein, bepalen grotendeels de transformatie-opgave waar zorgpartijen in de regio voor staan.
- b. Zorgpartijen zetten in op het organiseren van passende en integrale zorg in het regionale verzorgingsgebied. Daarbij verbinden zorgpartijen zich aan uitvoeren van noodzakelijke transformaties in de regio. Dat doen zij zowel individueel, als met elkaar in diverse professionele netwerken en samenwerkingsverbanden in lokale, regionale of landelijke werkgebieden van langdurige en/of curatieve zorg, basiszorg en het gemeentelijk domein.
- c. Zorgpartijen spreken af om de samenwerking in de regio te bevorderen. Dit begint met het goed in kaart brengen van de feitelijke situatie in een zogenaamd "regiobeeld". De toenemende druk op de toegankelijkheid van zorg door de mismatch tussen zorgvraag en zorgaanbod is daarbij het grootste punt van aandacht. Partijen hebben afgesproken om voor het opstellen van regiobeelden de schaal van de zorgkantorregio te hanteren. Op basis van het regiobeeld wordt door de regionale zorgpartijen een "regioplan" opgesteld. In dit plan is inzichtelijk wat de prioritaire regio-opgaven zijn. Dit kan bijvoorbeeld gaan over specifieke doelgroepen als kwetsbare ouderen, maar ook over onderwerpen als het borgen van voldoende specialistische (GGZ) zorg. Daarnaast bevat het regioplan afspraken over hoe partijen deze regio-opgaven gecommitteerd gaan aanpakken en wie daarbij betrokken zijn. Aanvullend op het regioplan worden door de betrokken partijen per opgave specifieke transformatieplannen opgesteld waarin concretere afspraken worden gemaakt waarmee de betrokken partijen actief aan de slag gaan.
- d. Het regiobeeld en het regioplan zijn geen doel op zich, maar een instrument dat zorgpartijen in de regio helpt om op een onderbouwde en gedragen wijze te komen tot een gerichte en afgestemde aanpak van de transformatieopgaven in de regio. Deze transformaties kunnen vervolgens regionaal, lokaal of individueel zijn. Het borgen van de toegankelijkheid staat daarbij voorop; niet de besparingsdoelstelling. Het regioplan wordt opgebouwd vanuit regionaal perspectief op basis van de landelijke afspraken in het IZA, GALA en WOZO-programma. Het opstellen van regiobeelden en regioplannen gebeurt zonder nieuwe (overheids)bestuurslagen te creëren.
- e. Decentraal worden waar nodig specifieke transformatieplannen gemaakt tussen de zorgpartijen die de daadwerkelijke zorgtransformatie moeten realiseren. Deze kunnen verschillen per doelstelling, ziektebeeld, doelgroep en/of (deel van de) regio. Daarbij wordt de juiste balans gezocht tussen wat lokaal en regionaal en landelijk moet worden georganiseerd. Het opstellen van transformatieplannen is dus maatwerk, waarbij wordt voortgeborduurd op de bestaande plannen, initiatieven en natuurlijke samenwerkingsverbanden. Specifieke transformatieplannen kunnen ook los van het regiobeeld en regioplan tot stand komen, of al gemaakt zijn voordat er een regioplan is. Urgentie is leidend; er is dus niet altijd sprake van een vaste volgorde. Uiteraard dient daarbij te worden geborgd dat dergelijke transformatieplannen niet in tegenspraak zijn met de afspraken die in het regioplan of elders zijn gemaakt.

2. Opstellen regiobeelden en regioplannen

- a. IZA-partijen maken heldere afspraken over de totstandkoming van de regiobeelden en regioplannen. Op die manier beschikken de regionale zorgpartijen over een model waarop ze kunnen terugvallen als het niet lukt om voldoende voortgang te realiseren ten aanzien van de transformatieopgaven. Het doel is om de transformatieopgaven uit het IZA, verbijzonderd voor de regionale context, effectief te realiseren. Het regiobeeld en regioplan zijn slechts een middel. Partijen zijn aanspreekbaar op het realiseren van het doel (de transformatieopgaven en bijbehorende resultaatafspraken); ze worden niet afgerekend op het middel (maken van beelden, afspraken het installeren van governance).
- b. Het opstellen van de regiobeelden en regioplannen gebeurt in drie stappen:
 5. **Criteria:** Zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders, zorgprofessionals, vertegenwoordigers vanuit burgerperspectief (waaronder patiëntperspectief) en de overheid stellen in gezamenlijkheid criteria op voor de regiobeelden en -plannen, gebaseerd op goede voorbeelden uit de praktijk. De overheid neemt hiertoe het initiatief en komt uiterlijk 14 oktober 2022 met een procesvoorstel hiervoor. Deze criteria gaan onder meer over beschikbare data, welke onderwerpen aan bod moeten komen en de wijze waarop de regiobeelden en -plannen transparant worden gemaakt. De criteria worden uiterlijk eind Q4 2022 bestuurlijk vastgesteld. Indien de veldpartijen hier niet (tijdig) in onderling overleg uitkomen, zal de NZa deze criteria opstellen; ook in dat geval blijft bovengenoemd uitgangspunt gelden dat het doel leidend is en niet het middel.
 6. **Regiobeeld:** Eind Q2 2023 heeft elke regio het regiobeeld indien nodig herijkt. Het regiobeeld geeft inzicht in enerzijds de capaciteit en prestaties van de gezondheidszorg in de regio en anderzijds de prognoses en ontwikkelingen in zorgbehoefte en andere relevante aspecten van inwoners. Het Ministerie van VWS faciliteert de regio's waar nodig en wenselijk met datasets waarin voor de regio relevante data toegankelijk is en transparant wordt gemaakt. Daarnaast zal VWS in overleg met de Autoriteit Persoonsgegevens en de Autoriteit Consument en Markt waar nodig de weg vrijmaken voor het uitwisselen van de noodzakelijke data.
 7. **Regioplan:** In elke regio wordt door de regionale zorgpartijen inclusief gemeenten op basis van het regiobeeld een algemeen regioplan opgesteld. Dit bestaat uit twee delen:
 - A. **Regio-opgaven:** De regionale zorgpartijen bepalen op basis van het regiobeeld wat de belangrijkste transformatieopgaven in de regio zijn om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg duurzaam te borgen. Hierbij wordt nadrukkelijk focus aangebracht; het streven is om te komen tot niet meer dan een handvol opgaven die met prioriteit moeten worden aangepakt.
 - B. **Algemene regioafspraken:** Voor de prioritaire regio-opgaven maken zorgpartijen afspraken welke partijen met welke oplossingen aan de slag gaan en op welke schaal, op welke (meetbare) resultaatafspraken daarbij wordt gestuurd (werkagenda) en hoe de voortgang inzichtelijk wordt gemaakt. Deze algemene afspraken zijn transparant. De regionale zorgpartijen committeren zich aan deze afspraken; deze zijn dus niet vrijblijvend en worden meegenomen in de contractering.

Het regioplan behelst nadrukkelijk afspraken op hoofdlijnen en betreft de prioritaire regio-opgaven. (Het is dus per definitie geen alomvattend regioplan; dat zou realistisch noch werkbaar zijn.) Specifieke afspraken worden dan ook decentraal tussen zorgpartijen gemaakt in verschillende specifieke transformatieplannen op een passende schaal; voor de acute zorg is dat bijvoorbeeld in de ROAZ-regio, tussen huisartsen en thuiszorg is dat een bepaalde wijk of gemeente en voor laagvolume hoogcomplexe zorg of voor digitale zorg en elektronische gegevensuitwisseling is dat veelal het landelijk niveau.
- a) **Proces en verantwoordelijkheden:** Elk regio draagt zorg voor het opstellen van het regiobeeld en regioplan. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten hebben daarbij een gedeelde verantwoordelijkheid, elk vanuit hun eigen rol.
 - o Het initiatief tot het opstellen van het regiobeeld en regioplan wordt genomen door de marktleider zorgverzekeraars samen met gemeenten en één van de ziekenhuizen of een van de andere zorgaanbieders. Samen maken zij een procesvoorstel en planning en leggen dit ter goedkeuring voor aan de regionale zorgpartijen inclusief gemeenten. Zij vervullen een aanjagende rol en dragen zorg voor en zijn aanspreekbaar op de totstandkoming van door de regionale zorgpartijen gedragen afspraken die voldoende concreet zijn om de regionale knelpunten in de zorg duurzaam op te lossen én zorginhoudelijk en organisatorisch uitvoerbaar zijn. Daarbij wordt ook gekeken naar de consequenties voor profielen van instellingen in relatie tot een samenhangend, toegankelijk regionaal zorgaanbod.
 - o Wanneer de regionale zorgpartijen in gezamenlijkheid niet voor 1 januari 2024 komen tot regioafspraken die voldoende scherp zijn om de transformatieopgaven voor elkaar te krijgen, zullen zorgverzekeraars en gemeenten, onderbouwd en transparant in hun zorginkoopbeleid,

sturen op aanvullende maatregelen als dat nodig is om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg in de regio te borgen (vanuit hun hun zorgplicht). Zorgverzekeraars en gemeenten hebben altijd de ruimte om met individuele zorgaanbieders aanvullende transformatieafspraken te maken in de individuele contractering; ook over zaken die niet in het regioplan staan.

3. Organisatie van de regionale samenwerking

- a) Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten werken gelijkgericht voor wat betreft de grote transformatieopgaven in de regio, vanuit het perspectief van de patiënt en vanuit de opdracht om samen integrale en passende zorg te bewerkstelligen. In de tekst Contractering is uitgewerkt hoe dit in de praktijk wordt vormgegeven.
- b) Het opstellen/herijken van het regiobeeld en regioplan gebeurt gezamenlijk door zorgaanbieders en zorgprofessionals, zorgverzekeraars, gemeenten en vertegenwoordigers vanuit burgerperspectief in de regio. Op deze manier wordt het perspectief van de gehele zorgketen geborgd, inclusief gemeentelijk domein. Daarbij wordt gewerkt met mandatering om te voorkomen dat de groep te groot is om tot plannen te komen. Rondom specifieke transformatieplannen wordt daarentegen gewerkt met kleinere groepjes van natuurlijke partners die daadwerkelijk met elkaar de transformatie voor elkaar moeten krijgen.
- c) Voor het opstellen van het regiobeeld en regioplan realiseren zorgpartijen in de zorgkantorregio in onderlinge samenspraak een werkbare organisatie waarin partijen zorgbreed en verbindend zijn gerepresenteerd. In veel regio's bestaat reeds een dergelijk samenwerkingsverband. Daarom wordt gewerkt vanuit en voortgebouwd op bestaande structuren. Ook gemeenten zijn hierin vertegenwoordigd en hebben onderling een duidelijke mandaatstructuur afgesproken.
- d) Zorgverzekeraars en zorgaanbieders benutten de ruimte binnen de bekostigingssystematiek om afspraken te maken over passende zorg en de transformatie van zorg, waar nodig passend bij het regioplan. Zorgverzekeraars en gemeenten werken gelijkgericht aan de grote transformatieopgaven in de regio, in nauwe samenspraak met de regionale zorgpartijen. Dat betekent dat zij via hun individuele inkoopafspraken dezelfde beweging stimuleren. Daarbij is ruimte voor nieuwe toetreders die dezelfde transformatieopgaven in de regio nastreven. Zie de tekst over Contractering voor de afspraken hierover.
- e) Aan de kant van de zorgverzekeraars zijn de twee marktleider zorgverzekeraars in een regio aanspreekbaar op het transformatieproces (in de regio en voor de verschillende onderwerpen) en om te zorgen dat er regie is; waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van (bestaande) samenwerkingsstructuren van de regionale zorgpartijen. Zorgverzekeraars zien te allen tijde toe op een samenhangende set van afspraken met de verschillende zorgaanbieders en over de verschillende zorgsectoren heen. Daarbij wordt ook gekeken naar de samenhang tussen de regioplannen en andere afspraken zoals bijvoorbeeld de ROAZ-plannen of regio-overstijgend arbeidsmarktbeleid. Bij maatschappelijke gevoelige keuzes is actieve en zichtbare ruggensteun van de overheid (vooral VWS) randvoorwaardelijk.

4. Specifieke transformatieplannen

- a) In de praktijk ligt het zwaartepunt bij het maken van specifieke, praktische transformatieplannen tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en indien van toepassing gemeenten. Het maken van dergelijke afspraken gebeurt vanzelfsprekend al; de afgelopen jaren is er bovendien sterk geïnvesteerd in de samenwerking tussen zorgpartijen. De afzonderlijke transformatieplannen geven samen invulling aan het aanpakken van de (belangrijkste) transformatieopgaven, welke al dan niet benoemd zijn in het regioplan.
- b) De transformatieplannen sluiten aan bij de praktijk doordat ze op de juiste schaal gemaakt worden, met de juiste betrokken partijen, passend bij de eerder genoemde niveaus van samenwerking. Deze afspraken worden decentraal, op het bijpassende niveau gemaakt tussen de betrokken zorgpartijen. Die ruimte voor maatwerk moet er blijven; knellende centrale kaders, landelijke blauwdrukken of verantwoordingseisen zijn onwenselijk. Doordat afspraken de juiste maatvoering hebben, passen ze dus precies bij de gewenste transformatie of verandering.

5. Randvoorwaarden voor regionale samenwerking

IZA-Partijen spreken af dat wordt voorzien in de noodzakelijke randvoorwaarden om de zorgtransformatie in de regio voor elkaar te krijgen. De voor regionale samenwerking noodzakelijke randvoorwaarde van elektronische gegevensuitwisseling wordt behandeld in het hoofdstuk Digitalisering en gegevensuitwisseling.

- a) **Transformatiemiddelen.** Om de betrokken zorgpartijen in staat te stellen om zorgtransformaties in de regio en de beweging naar passende zorg te realiseren, kan tijdelijke extra financiering in de vorm van transformatiemiddelen nodig zijn. De transformatiemiddelen worden ingezet waar ze het meest bijdragen aan de gewenste zorgtransformatie of waar ze

gericht kunnen helpen bij het wegnemen van belemmeringen. Dit kan ook bovenregionaal zijn. Deze middelen worden ingezet via zorgverzekeraars op basis van goede business cases voor transformatieplannen van individuele of verbanden van veldpartijen. Zie de tekst over Contractering voor de afspraken hierover in het thema waardegedreven zorg.

- b) **Risicoverevening.** De overheid belooft investeren in gezondheid, zodat het voor zorgverzekeraars meer loont om te investeren in preventie, het voorkomen van (dure) zorg, passende zorg en andere aspecten van de zorgtransformatie. Dat betekent dat de risicoverevening waar nodig wordt aangepast om een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te creëren en belemmeringen weg te nemen om in passende zorg te investeren. Zie de tekst over Contractering in het thema waardegedreven zorg.
- c) **Sturingsinstrumenten:** De overheid biedt zorgverzekeraars de juiste instrumenten om ongecontracteerde zorgaanbieders te laten committeren aan de noodzakelijke transformatieafspraken. Zie de tekst over Contractering voor de afspraken hierover.
- d) **Samenwerking faciliteren:** De overheid faciliteert (regionale) samenwerking door het inventariseren, toetsen en oplossen van knelpunten bij de organisatie in (domeinoverstijgende) regionale samenwerkingsverbanden, in het bijzonder waar dat raakt aan regels over privacy, bekostiging en mededinging. Zorgaanbieders en zorgprofessionals krijgen de ruimte en worden gefaciliteerd om onderling samen te werken en de organisatiekracht te versterken. De overheid neemt initiatief om samen met zorgpartijen uit te werken welke interventies kunnen bijdragen om dit te stimuleren. Daarbij valt te denken aan domeinoverstijgende betaaltitels en implementatie van bundeling van geoormerkte geldstromen. Dit geldt in het bijzonder voor de vergoeding van indirecte tijd; de overheid neemt initiatief om samen met zorgpartijen hiervoor een voorstel uit te werken in samenspraak met zorginkopers en zorgaanbieders.
- e) **Nieuwe vormen van bekostiging** van domeinoverstijgende samenwerking vragen om (IZA-brede) bestuurlijke besluitvorming. VWS ondersteunt de ambitie om domeinoverstijgende samenwerking te intensiveren. Daartoe stelt VWS een werkgroep met relevante partijen in die [uiterlijke datum] met voorstellen komt met oplossingen voor de knelpunten in domeinoverstijgende bekostiging. Hierbij valt te denken aan indirecte tijd door (medewerkers van) zorgaanbieders bij domeinoverstijgende samenwerking en investeren dan wel bekostigen van het ene domein in het andere domein.
- f) **Btw-vrijstelling:** Een groot deel van de prestaties die door zorginstellingen worden verricht, is vrijgesteld voor de Btw; dat geldt echter niet voor alle prestaties. Afgesproken wordt dat VWS in overleg met andere departementen onderzoek of het mogelijk is om alle samenwerking tussen zorgaanbieders vrij te stellen van Btw. Een uitzondering hierop is het inhuren van personeel via detacheringbureaus.
- g) **Experimenteermogelijkheden:** De overheid geeft ruimte voor experimenten van (domeinoverstijgende) regionale samenwerkingsverbanden door middel van heldere criteria. Dit betreft (domeinoverstijgende) gezondheidszorg die bijdraagt aan de gezondheid en functioneren van mensen en het toegankelijk houden van zorg door het voorkomen, verplaatsen (dichter bij huis) en/of vervangen van zorg. De overheid geeft (uitzicht op) structurele bekostiging van initiatieven na de experimenteerfase, voor zover initiatieven doelmatig zijn, en maakt hier afspraken over met zorgverzekeraars en gemeenten als financiers. Dit geldt ook voor effectieve oplossingen buiten het medische domein zoals zelfhulpgroepen, welzijn op recept en schuldhulp.
- h) **Regionale systeemfuncties:** Binnen de zorg zijn een aantal functies die uitsluitend op bovenlokaal, regionaal niveau kunnen worden georganiseerd. Dit betreft enerzijds functies die gericht zijn op coördinatie van zorg; zoals zorgcoördinatie in de acute zorg of ELV-coördinatiepunt. Anderzijds betreft het functies die qua schaal alleen doelmatig kunnen worden georganiseerd op regionaal niveau; zoals onplanbare nachtzorg, regionale ambulancevoorziening en huisartsenposten. Voor dergelijke 'systeemfuncties' geldt dat er sprake is van een regionale voorziening waarvan de beschikbaarheid moet zijn geborgd. Deze functies vragen een bijpassend inkoopmodel, waarin geborgd is dat deze functies congruent en kostendekkend wordt ingekocht; zowel inhoudelijk (kwaliteit, vormgeving, toegankelijkheid) alsook financieel (doelmatig). Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid spreken af in 2023 gezamenlijk in kaart te brengen welke functies onder deze definitie vallen en afspraken te maken over het regionaal organiseren hiervan, gekoppeld aan transparante, kostendekkende en meest passende wijze van inkoop. Als blijkt dat de realisatie van systeemfuncties binnen de bestaande kaders van wet- en regelgeving niet goed tot stand komt, zal VWS onderzoeken of aanpassing van wet- en regelgeving noodzakelijk en mogelijk is.
- i) **Ondersteunen regionale organisatiekracht:** De overheid faciliteert regionale zorgpartijen bij het samenwerken in de regio. De regio's kunnen daarbij aangeven welke kennisondersteuning zij nodig hebben; bijvoorbeeld informatie over good practices en opschaling daarvan, ondersteuning bij het koppelen en gebruik van data, uitleg van bekostigingsmogelijkheden en mededingingsaspecten. De overheid kan waar nodig ook gericht financiële ondersteuning

inzetten. Deze verschillende vormen van ondersteuning vanuit de overheid zijn beschikbaar op het moment dat de regio's starten met het herijken van de regiobeelden en regioplannen (vanaf 1 januari 2023). Ook via zorgverzekeraars kunnen waar nodig transformatiemiddelen worden ingezet om de regionale organisatiekracht te versterken gedurende het transformatieproces. IZA partijen borgen dat de regiobeelden en regioplannen netto niet leiden tot extra administratieve lasten bij zorgprofessionals of zorgaanbieders.

- j) **Platform kennisuitwisseling:** Het bestaande platform van het Programma de Juiste Zorg op de Juiste Plek wordt verbreed om tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, vertegenwoordigers vanuit burgerperspectief, overheid en wetenschap expertise, kennis en ervaring uit te wisselen. Bijvoorbeeld ten aanzien van de transformatie en organisatie van zorg. Dit omvat ook het borgen van inbreng kennis, vertegenwoordigers vanuit burgerperspectief. Het platform is van en voor de veldpartijen en overheid samen en zal niet leiden tot dwingende participatie of aanvullende verantwoording.

6. Regionale samenwerking in de ggz

Afspraak: Regionale wachtlijsten

Doel: Toegankelijkheid verbeteren en wachttijden verminderen door een betere aansluiting van de regionale vraag naar ggz op het regionale aanbod zodat:

- patiënten een intake en behandeling binnen de treeknorm krijgen;
- de beschikbare ggz capaciteit in de regio optimaal wordt benut;
- dubbelingen op de wachtlijst worden voorkomen;
- mensen die niet (meer) een zorgbehoefte hebben niet meer op de wachtlijst staan.

Afspraken:

- We zetten de huidige wachttijdenaanpak met de transfertafels voort en aanvullend hierop maken we onderstaande afspraken.
- Er is per regio een actueel overzicht van wachtenden en wachttijden (samengevoegde wachtlijsten);. Dit inzicht is cruciaal om de wachttijden aan te kunnen pakken omdat op deze manier duidelijk wordt waar actie moet worden ondernomen.
- Bij doorverwijzing naar de multidisciplinaire zorg is het uitgangspunt dat patiënten in eerste instantie worden doorverwezen naar passende behandelplaatsen waar de treeknorm voor intake en behandeling niet wordt overschreden;
- Als alle aanbieders de treeknorm voor intake en behandeling overschrijden wordt de patiënt geplaatst daar waar de wachttijden het kortste zijn;
- De wachttijden zijn inzichtelijk voor de patiënt en de voorkeur van de patiënt is leidend.
- Om beter te kunnen handhaven op de Treeknorm maken we hier een kwaliteitsnorm van, dit betekent onder meer dat de toezichthouders erop kunnen toezien of aanbieders de afgesproken instrumenten en regionale samenwerking inzetten om actief wachtlijsten beheer te voeren.
- Procesafpraak: uiterlijk in Q PM de opties, haalbaarheid en risico's van implementatie van regionale wachtlijsten in kaart brengen, in afstemming met stuurgroep wachttijden.

Afspraak: landelijke ondergrens top specialistisch (klinisch) zorgaanbod

Doel: Bij veranderingen in het top-specialistisch zorgaanbod wordt het effect hiervan op de totale (landelijke) zorgvraag en aanbod meegewogen, zodat per diagnosegroep een minimaal aanbod gewaarborgd blijft, zodat:

- Ook patiënten die top specialistisch/klinisch zorgaanbod nodig hebben kunnen blijven rekenen op goede en passende zorg.
- Kennis en kunde voor behandeling van dergelijke aandoeningen behouden blijft en breed beschikbaar zijn (ook voor professionals van andere instellingen).

Afspraken:

- Verzekeraars en aanbieders nemen het voortouw in het maken van een overzicht van specialistisch zorgaanbod dat landelijk beschikbaar moet blijven en betrekken hierbij relevante partners zoals patiëntenverenigingen en beroepsverenigingen;
- Hierbij wordt aangegeven welke capaciteit minimaal beschikbaar moet zijn;
- Dit (klinische) zorgaanbod kan aan verandering onderhevig zijn op basis van nieuwe zorginhoudelijke inzichten en overwegingen;
- Verzekeraars en aanbieders werken uit wat er voor nodig is om dit zorgaanbod in stand te houden zodat dit aanbod niet afhankelijk wordt gesteld van regionale bedrijfsmatige overwegingen;
- Bezien wordt of het nodig en wenselijk is om de huidige financiering te herzien (bijvoorbeeld door over te gaan naar volgbeleid of inkoop in representatie)

Afspraak: In iedere regio wordt voldoende (zeer) complexe psychische zorg ingekocht en deze wordt passend bekostigd

Doel: Partijen maken in de contractering optimaal gebruik van de mogelijkheden die het zorgprestatie-model (ZPM) biedt om een passende vergoeding af te spreken voor complexe psychische zorg voor patiënten die dat nodig hebben.

Als het ZPM en de contactafspraken tussen partijen onverhoopt toch onvoldoende bijdragen aan een passende vergoeding van zorg voor patiënten met de zwaarste zorgvraag, dan worden deze hierop aangepast, met als doel dat er in iedere regio voldoende aanbod is van complexe psychische zorg en patiënten in iedere regio toegang hebben tot deze zorg.

Afspraken:

- In het kader van de invoering van het ZPM monitort de NZa de effecten, hierin zal ook aandacht zijn voor de toereikendheid van de bekostiging van complexe psychische zorg. Eventuele aanpassingen in het ZPM worden eerst geobjectiveerd binnen het bestaande overleg tussen NZa, ZN en DNGGZ.
- De NZa zal ook bekijken in hoeverre zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruik maken van de mogelijkheden die het zpm biedt om een passende vergoeding voor (zeer) complexe psychische zorg af te spreken zijn (bijvoorbeeld separate afspraken maken over outreachende en hoogspecialistische ggz en waar nodig gebruik maken van het max-max tarief);
- Waar nodig nemen partijen maatregelen om in de contractering beter gebruik te maken van de mogelijkheden die het zpm hiervoor biedt.
- Waar nodig zal de NZa bekijken hoe het zpm kan worden aangepast om de prikkels en mogelijkheden voor partijen om tot goede afspraken te komen te versterken.
- De Zorgvraagtypering wordt verder doorontwikkeld en adequaat toegepast door zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zo steeds scherper te krijgen hoe de kostenverdeling tussen ggz voor mensen met een (relatief) lichte en (relatief) zware zorgvraag zich ontwikkelt. Dit raakt ook de ggz afspraak over kwaliteit en transparantie.

Bijlage C Regionale samenwerking – samenwerking in de acute zorg

Alle mensen in Nederland moeten erop kunnen rekenen dat wanneer zij een spoedzorgvraag hebben, zij tijdig toegang krijgen tot de juiste zorg, op de juiste plek, van goede kwaliteit. Daarbij gaat het zowel om het bredere begrip van acute zorg, waarmee zorg als antwoord op een vanuit de beleving van de patiënt acute zorgvraag wordt bedoeld, en het smallere begrip van acute zorg dat zorg betreft die zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, moet worden verleend om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Een beperkt deel van de acute zorg valt in de categorie levensbedreigende en/of complexe acute zorg die in een gespecialiseerd centrum dient plaats te vinden en waarvoor geldt: zo lang, zo intensief en zo veraf als het moet. De meeste acute zorg kan op een locatie dichtbij de patiënt of zelfs in de thuissituatie worden gegeven; daarbij geldt: zo kort en zo nabij als het kan.

De toegankelijkheid van de acute zorg staat onder druk; vooral op piekmomenten en buiten kantooruren is de capaciteit regelmatig ontoereikend. Dat komt door structurele krapte op de arbeidsmarkt in combinatie met een stijgende zorgvraag en hogere verwachtingen van patiënten over het altijd beschikbaar zijn van zorg. Daarbij speelt bovendien de toenemende complexiteit van een deel van de spoedzorgvraag als gevolg van multimorbiditeit en domeinoverstijgende problematiek. Ook wachttijden bij de planbare zorg spelen een rol. Het acute zorglandschap moet binnen enkele jaren ingrijpend transformeren, om met de beperkte beschikbare mensen en middelen de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor elke Nederlander te kunnen blijven garanderen. Afwachten is geen optie.

Passende acute zorg is ketenzorg die past bij de regionale context. Daarbij zijn afstemming en samenwerking nodig om te zorgen voor een sluitend netwerk van spoedzorgvoorzieningen in elke regio, met een passend aanbod voor de verschillende patiëntgroepen. De komende jaren wordt actief ingezet op het voorkomen van acute zorg en het stimuleren van het maatschappelijk debat hierover. In de acute zorgketen moet vergaand worden samengewerkt om te zorgen dat iedereen spoedzorg van goede kwaliteit krijgt, de in-, door- en uitstroom van patiënten binnen de keten te stroomlijnen, de juiste zorg op de juiste plek en het juiste moment te leveren, zwaardere zorg(vragen) waar mogelijk te voorkomen en het daarbij optimaal inzetten van bijvoorbeeld digitale zorg. Voor de inrichting van het acute zorglandschap worden er duidelijke keuzes gemaakt ten aanzien van de inzet van schaars personeel en concentratie van faciliteiten. Belangrijke randvoorwaarden om deze veranderopgave te realiseren moeten zijn ingevuld. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen met landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de acute zorgketen vormt een belangrijke leidraad.

Om de acute zorg toekomstbestendig te maken, hebben de betrokken IZA-partijen onderstaande afspraken gemaakt.

1. Voorkomen van acute zorg

- a) Partijen spreken af om het voorkomen van acute zorg een prioriteit te maken in hun beleid. Dit betreft onder meer het inzetten op goede voorlichting, preventie en vroegsignalering, advance care planning, het borgen en versterken van goede samenwerking tussen eerstelijns inclusief wijkverpleging, ouderenzorg, GGZ, jeugdzorg en sociaal domein. Digitale hulpmiddelen kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. Deze aspecten komen terug in andere hoofdstukken van het IZA alsook afspraken tussen zorgpartijen.
- b) Een belangrijk deel van de spoedzorgvragen kan ook thuis of in de eerste lijn geadresseerd worden, door een wijkverpleegkundige, verloskundige, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, jeugdverpleegkundige, iemand van een ambulant geriatriesch team of professional uit het sociaal domein. Daarbij is waar van toepassing ook aandacht voor de sociale situatie, eventuele multimorbiditeit en combinatieproblematiek. Deze zorg thuis is in het bijzonder relevant voor mentaal kwetsbare doelgroepen en ouderen met een kwetsbare gezondheid. Zo kan (zwaardere) acute zorg worden voorkomen.
- c) Voor mensen waarbij multiproblematiek speelt en die te vaak onnodig een appél doen op de acute zorg via de meldkamer ambulancezorg, huisartsenpost of SEH, wordt door betere

samenwerking tussen partijen in de regio ingezet op snellere toeleiding naar passende hulp; hetzij binnen de zorg, hetzij daarbuiten. Hierover zijn concrete afspraken gemaakt in de IZA hoofdstuk 'Versterking organisatie basiszorg' en 'Samenwerking sociaal domein-huisartsenzorg-ggz'.

- d) Zoals beschreven in het IZA-hoofdstuk 'Digitalisering en gegevensuitwisseling' wordt vanuit de medisch specialistische zorg ingezet op telemonitoring van patiënten met chronische ziekten als hartfalen en COPD, waardoor verslechtering tijdig kan worden herkend en behandeld.
- e) Gepast gebruik van spoedzorg moet zoveel mogelijk worden gestimuleerd. Partijen dragen ieder actief bij aan goede informatievoorziening aan patiënten over verwachtingen ten aanzien van acute zorg en met welke zorgvraag patiënten waar terecht kunnen (een niet-medische zorgvraag hoort niet in medisch domein thuis). Het Ministerie van VWS heeft daarin een faciliterende rol en stelt budget beschikbaar om dit verder vorm te geven.
- f) Een belangrijk deel van de spoedzorgvragen betreft patiënten met een onderliggende (chronische) aandoening. Het gaat bijvoorbeeld om patiënten met complicaties van een oncologische behandeling of patiënten met toenemende benauwdheidsklachten bij COPD met comorbiditeit. Om de al dan niet ongedifferentieerde en vaak meer complexe spoedzorgvragen van deze patiënten effectief, tijdig en passend te kunnen behandelen en verergering van de acute situatie te voorkomen, is het van belang dat relevante medische informatie over hun onderliggende aandoening(en) beschikbaar is in de acute setting en om deze patiënten waar mogelijk zorg te verlenen vanuit hen bekende behandelaren / instellingen.
- g) Bovenstaande beleidsmaatregelen moeten onder meer resulteren in een afname van het percentage kwetsbare ouderen en patiënten met GGZ-problematiek op de SEH en van het aantal SEH-bezoeken van patiënten met hartfalen en COPD.

2. Zorgcoördinatie en triage

- a) Iedere patiënt is uniek en iedere patiënt heeft een unieke (spoed)zorgvraag. Het is van belang om te zorgen dat iedere patiënt goede informatie en een zo passend mogelijk zorgaanbod krijgt.
- b) Zorgcoördinatie draagt bij aan betere samenwerking binnen de acute zorgketen, zodat iedereen de juiste acute zorg op de juiste plek krijgt en de doorstroom goed verloopt. Daarvoor is nodig:
 - Eenduidige toegang voor acute zorgvragen;
 - Goede, eenduidige, multidisciplinaire triage;
 - Inzicht in beschikbare capaciteit en beschikbaarheid relevante medische gegevens;
 - Doorgeleiding naar het meest passende zorgaanbod;
 - Regie op vervolgzorg.
- c) LNAZ, AZN, ZN, InEen en ActiZ werken op basis van de opdrachtbrief van de minister van VWS dd. 10 mei 2022 scenario's uit voor bovengenoemde aspecten van zorgcoördinatie in onderlinge samenhang, en in overleg met relevante partijen zoals professionele netwerken, uitgaande van zorgcoördinatie per ROAZ-regio of subregio daarvan. Deze scenario's zijn voor de zomer van 2023 gereed. VWS stelt voor deze uitwerking subsidie beschikbaar. Na besluitvorming over de inrichting van zorgcoördinatie wordt deze regionaal geïmplementeerd, met als doel landelijk dekkende zorgcoördinatie; zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk met ingang van 1 januari 2025.
- d) De overeenkomst met LNAZ voor inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding is verlengd voor de periode tot 1 juli 2023. VWS neemt in overleg met de betrokken zorgpartijen initiatief om te voorzien in een structurele inbedding van deze regionale en landelijke functies in regelgeving en bekostiging voor na deze periode.

3. Kwaliteit van acute zorg

- a) Partijen spreken af dat het huidige Kwaliteitskader Spoedzorgketen overal is geïmplementeerd op basis van de reeds vastgestelde deadlines. De voortgang van de implementatie wordt gemonitord binnen de Landelijke Spoedzorgtafel. Voorts werken organisaties van zorgaanbieders, professionals, patiënten en zorgverzekeraars, verenigd in de Landelijke Spoedzorgtafel, aan verdere doorontwikkeling van het Kwaliteitskader. Het is van belang om bij volgende versies ook andere partijen zoals de acute psychiatrie, spoedeisende farmaceutische

zorg, de acute verpleegkundige zorg aan huis gefaseerd te betrekken. LNAZ en het Zorginstituut nemen hierbij een coördinerende en faciliterende rol.

4. Differentiatie, concentratie en spreiding

- a) In de verschillende ROAZ-regio's wordt bij alle ketenpartners in kaart gebracht hoe het schaarse personeel en de dure faciliteiten optimaal kunnen worden ingezet, om zo de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg binnen de regio voor de lange termijn te borgen. Daarbij wordt ook gekeken naar de differentiatie, concentratie en spreiding van acute zorgvoorzieningen binnen de regio, zoals huisartsenposten, SEH's, acute verloskunde, acute GGZ, ELV, farmaceutische spoedzorg en wijkverpleging voor spoedzorgvragen. De gevolgen voor de ambulancezorg worden hierbij betrokken. Hiervoor wordt door het ROAZ een zorgvuldige ketenimpactanalyse uitgevoerd, inclusief cascade-effecten, waarbij alle stakeholders inclusief inwoners worden betrokken. Daarbij dient nadrukkelijk aandacht te zijn voor de effecten op de continuïteit van acute zorg en de samenhang met concentratie en spreiding van niet-acute zorg. In die context wordt ook gekeken naar de gevolgen voor het profiel van ziekenhuizen en de continuïteit van de bedrijfsvoering; dit kan een reden zijn voor de inzet van transformatiemiddelen conform de algemene afspraken in het IZA-hoofdstuk 'Financiële randvoorwaarden'. Tevens worden de uiteindelijke totale kosten in ogenschouw genomen; de structurele besparingen door efficiënte inzet zorginfrastructuur moeten opwegen tegen tijdelijke inzet transformatiemiddelen. Zorgverzekeraars ondersteunen/stimuleren deze ontwikkeling.
- b) De 45-minutennorm voor bereikbaarheid van SEH's en acute verloskunde wordt vervangen door een bredere set (kwaliteits)normen met een gedifferentieerde normstelling ten aanzien van tijdskritische aandoeningen. Deze normen worden zo goed mogelijk medisch onderbouwd.. In het verlengde daarvan moet ook gekeken worden naar de effecten op de rest van het acute zorglandschap zoals de huisartsenposten, regionale ambulancevoorziening en acute GGZ. Deze aanpassing is noodzakelijk om meer ruimte te bieden voor optimale inrichting van het acute zorglandschap met het oog op goede kwaliteit van zorg voor iedereen. VWS komt uiterlijk eind 2022 met een procesvoorstel over te zetten stappen om de 45-minutennorm te vervangen, in nauwe samenspraak met alle betrokken veldpartijen.
- c) Zorgaanbieders en zorgprofessionals maken concrete afspraken om ervoor te zorgen dat alle multitraumapatiënten (Injury Severity Score (ISS) >15) worden behandeld in een level 1 traumacentrum, met de gestelde regionale norm van 90% als absolute ondergrens. Het Zorginstituut komt in samenspraak met de direct betrokken zorgpartijen uiterlijk in Q1 2023 met een advies hoe de implementatie van deze bestaande norm kan worden bevorderd. Alle level 1 traumacentra dienen te voldoen aan de minimumnorm van 240 patiënten per locatie per jaar; locaties die niet voldoen mogen vanaf 1 januari 2024 geen multitraumazorg meer leveren. De IGJ ziet hierop toe.

5. Samenwerken in de keten

- a) Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zetten in op het intensiveren van het gebruik van gezamenlijke acute zorgvoorzieningen door verschillende partijen in de keten, waardoor de beschikbare (zorg)professionals slim worden ingezet en samenwerking in de keten wordt gestimuleerd. Denk hierbij aan intensieve samenwerking en gezamenlijke faciliteiten (balie, triage, personeelsruimte) op spoedpleinen dan wel integrale spoedposten tussen huisartsenposten, SEH's, farmaceutische spoedzorg, ambulancezorg en waar mogelijk onplanbare wijkverpleging en acute ggz. Partijen delen daarbij kennis op het gebied van effectieve vernieuwingen en slimme oplossingen die bijdragen aan de houdbaarheid van de acute zorg (opschalen best practices cq. valorisatie). LNAZ en zorgverzekeraars spelen daarbij een stimulerende rol. Er wordt aangesloten bij huidige regionale ontwikkelingen en afspraken. Wat goed werkt wordt voortgezet en uitgebouwd.
- b) De noodzaak en het belang van het behoud van huisartsenzorg voor patiënten in de avond, nacht en weekenden wordt door alle partijen onderkend en zij zijn bereid om hier vanuit de onderlinge samenwerking aan bij te dragen. Om Nederlanders van deze zorg te kunnen blijven voorzien, dragen de LHV, InEen en Zorgverzekeraars Nederland een oplossing aan voor een betere en eerlijkere verdeling van de ANW-diensten onder alle huisartsen per 2023, zowel

praktijkhouders als waarnemers/ZZP. Het door de huisartsen opgestelde “Actieplan Werkdruk in de ANW” vormt hiervoor het vertrekpunt. In aanvulling daarop vraagt VWS de NZa om (in overleg met partijen) het ANW-tarief voor huisartsen te herijken en te differentiëren, op voorwaarde dat de adequate verdeling van diensten tussen alle huisartsen ook is overeengekomen. Het streven is om dit in werking te laten treden per 1 januari 2023. VWS, ZN en InEen stellen daarbij een onderzoek in of en hoe inhuurtarieven voor ZZP/PNIL gemaximeerd kunnen worden.

- c) Partijen onderzoeken in 2023 welke oorzaken ten grondslag liggen aan de piekbelasting van de SEH en welke maatregelen genomen kunnen worden. NVZ en NFU nemen het voortouw bij dit onderzoek, in afstemming met de andere betrokken partijen. Partijen spreken af om op basis van de uitkomsten van dit onderzoek gezamenlijk concrete maatregelen te nemen om de piekbelasting op SEH's te verminderen.
- d) Samenwerking in de ANW-uren tussen SEH's binnen de regio en tussen SEH's en huisartsenposten zal worden onderzocht binnen de ROAZ-en. Differentiatie en concentratie van acute zorgfaciliteiten zoals SEH's, huisartsenposten en klinische verloskunde betekent dat het nog belangrijker wordt om de samenwerking met de andere onderdelen van de acute zorgketen zoals Regionale Ambulance Voorziening, GGZ, ELV, geriatrische revalidatiezorg, verloskundige zorg en (onplanbare) wijkzorg te organiseren, om te zorgen voor een goede spreiding en het beschikbaar blijven van voorzieningen dichtbij de patiënt en passend bij de acute zorgvraag van de verschillende patiëntengroepen. Gemeenten hebben ook een belangrijke taak in het voorkomen van oneigenlijke instroom in de acute zorg door te zorgen voor goede voorzieningen en ondersteuning bij sociale problematiek. Partijen spreken af om deze samenwerking in de regio's te bevorderen en te zorgen voor de juiste randvoorwaarden, zoals zorgcoördinatie, beschikbaarheid van medische gegevens, contractering en bekostiging. Op deze manier kan het percentage kwetsbare ouderen en patiënten met GGZ-problematiek op de huisartsenpost en SEH afnemen, waardoor deze worden ontlast.
- e) De implementatie van de generieke module acute psychiatrie (GMAP) wordt voortgezet. Deze generieke module beschrijft de benodigde inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen (alle leeftijdscategorieën) in een crisissituatie, over wie het vermoeden bestaat dat zij een acute psychische stoornis hebben (inclusief verslavingsproblematiek). Het streven is dat de GMAP in 2024 in alle 28 regio's volledig is geïmplementeerd.
- f) Acute verloskunde kan het beste integraal worden gezien en in samenhang worden geleverd, zeker met oog op de uitdagingen van capaciteit en beschikbaarheid die ook de geboortezorgsector kent. Dit vraagt om intensieve samenwerking in de geboortezorgketen. Dit vindt plaats binnen de regionale netwerken van Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's), waarin zowel de eerstelijnsverloskundigen, kraamzorgorganisaties als ziekenhuizen vertegenwoordigd zijn, als ook tussen VSV's in een regio. In het ROAZ vindt overleg plaats om de benodigde geboortezorg in een regio te coördineren en de beschikbare capaciteit zo optimaal mogelijk in te zetten.

6. ROAZ en ROAZ-plan

- a) Voor de acute zorg spelen specifieke vraagstukken rondom regionale samenwerking. Ketenpartners in acute zorg zoals huisartsen, huisartsenposten, ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, wijkverpleging, verloskundigen, GGZ, VVT, GHOR en GGD zijn samen met de zorgverzekeraars verbonden in het ROAZ. (Wanneer in deze tekst wordt gesproken over het ROAZ, wordt daarmee dit samenwerkingsverband van ketenpartners bedoeld; niet het ROAZ-bureau.)
- b) Partijen gaan in de tweede helft van 2022 met elkaar in gesprek om verantwoordelijkheden en bevoegdheden van en binnen het ROAZ op basis van de AMvB acute zorg (Uitvoeringsbesluit Wkkgz) te verhelderen ten behoeve van effectieve samenwerking binnen het ROAZ. Daarbij wordt ook meegenomen of en hoe de betrokkenheid van de zorgprofessionals en het patiëntenperspectief binnen het ROAZ kunnen worden geborgd. Zorgverzekeraars Nederland neemt hiertoe het initiatief.

- c) Elk ROAZ stelt een plan van aanpak op voor acute zorg in de regio. Waar nodig kan een ROAZ-regio nog onderverdeeld zijn in subregio's. Het ROAZ-plan komt tot stand op basis van drie stappen:
1. **Criteria:** Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgprofessionals en vertegenwoordigers vanuit het burgerperspectief (waaronder het patiëntenperspectief), LNAZ en de overheid stellen in gezamenlijkheid criteria op voor het ROAZ-beeld en ROAZ-plan. De overheid neemt hiertoe het initiatief en komt uiterlijk 14 oktober 2022 met een procesvoorstel hiervoor. Deze criteria gaan over beschikbare data, welke onderwerpen aan bod moeten komen en de wijze waarop de ROAZ-beelden en ROAZ-plannen transparant worden gemaakt. De criteria worden uiterlijk eind Q4 2022 bestuurlijk vastgesteld.
 2. **ROAZ-beeld:** Eind Q2 2023 heeft elke ROAZ-regio een ROAZ-beeld opgesteld. Een ROAZ-beeld geeft ten minste inzicht in regionale acute zorgvraag en zorgaanbod, patiëntenstromen, de arbeidsmarkt en (10-jaars) prognoses. Hierbij wordt ook expliciet inzicht gegeven in specifieke expertisegebieden van zorgaanbieders en volumes in relatie tot kwaliteitsnormen. Het Ministerie van VWS faciliteert de ROAZ-en waar nodig en wenselijk met datasets waarin voor het ROAZ relevante data toegankelijk is en transparant wordt gemaakt. Daarnaast zal VWS zich er in overleg met de Autoriteit Persoonsgegevens en de Autoriteit Consument en Markt voor inspannen het uitwisselen van de noodzakelijke data mogelijk te maken en waar nodig wet- en regelgeving hiervoor aan te passen.
 3. **ROAZ-plan:** Eind Q4 2023 heeft elke ROAZ-regio een ROAZ-plan geformuleerd op basis van het ROAZ-beeld, het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en andere in dit document genoemde uitgangspunten, waarbij urgentie van de regionale knelpunten op het gebied van toegankelijkheid en kwaliteit leidend is. Het ROAZ-plan bestaat uit twee delen:
 - A. **ROAZ-opgaven:** De ROAZ-partijen bepalen wat de belangrijkste transformatieopgaven in de regio zijn om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de acute zorg duurzaam te borgen. Hierbij wordt nadrukkelijk focus aangebracht; het streven is om te komen tot niet meer dan een handvol opgaven die met prioriteit moeten worden aangepakt.
 - B. **ROAZ-afspraken:** Voor de prioritaire regio-opgaven maken zorgpartijen afspraken welke partijen met welke oplossingen aan de slag gaan en op welke schaal, op welke (meetbare) resultaatafspraken daarbij wordt gestuurd (werkagenda) en hoe de voortgang inzichtelijk wordt gemaakt. Deze algemene afspraken zijn transparant. De regionale zorgpartijen committeren zich aan deze afspraken; deze zijn dus niet vrijblijvend en worden meegenomen in de contractering. In het ROAZ-plan komen in ieder geval de volgende elementen terug: zorgcoördinatie, verhogen kwaliteit en naleven kwaliteitsnormen die betrekking hebben op de keten, differentiatie, concentratie en spreiding (inclusief multitraumazorg) en gezamenlijke voorzieningen in de keten (zoals een spoedplein/integrale spoedpost). De ROAZ-plannen moeten worden gekoppeld aan concrete te behalen resultaten, bijvoorbeeld het aantal kwetsbare ouderen op de SEH.
- Het is een regionaal plan op maat, waardoor de aanpak per ROAZ of subregio's kan verschillen voor wat betreft de focus en tijdsplan van eventuele transformatie van de inrichting van de acute zorgketen. Het regioplan behelst nadrukkelijk afspraken op hoofdlijnen en betreft de prioritaire regio-opgaven. Specifieke afspraken worden dan ook decentraal tussen zorgpartijen gemaakt in verschillende specifieke transformatieplannen.
- d) **Proces en verantwoordelijkheden:** Elk ROAZ draagt zorg voor het opstellen van het ROAZ-plan. De ROAZ-voorzitter en de marktleider zorgverzekeraars hebben daarbij een duale verantwoordelijkheid, elk vanuit hun respectievelijke rol.
- o Het initiatief tot het opstellen van het ROAZ-beeld en ROAZ-plan wordt genomen door de marktleider zorgverzekeraars samen met de ROAZ-voorzitter. Samen maken zij een procesvoorstel en planning voor de totstandkoming van het ROAZ-plan in hun regio en leggen dit ter goedkeuring voor aan het ROAZ. Zij vervullen een aanjagende rol en dragen zorg voor en zijn aanspreekbaar op de totstandkoming van een plan met door het ROAZ gedragen afspraken die voldoende concreet zijn om de regionale knelpunten in de acute zorg duurzaam op te lossen én zorginhoudelijk, organisatorisch en financieel uitvoerbaar zijn.

Van alle ROAZ-partijen mag een actieve rol worden verwacht in de totstandkoming van het ROAZ-plan. Het is van belang dat de ROAZ-bureaus voldoende capaciteit krijgen om het opstellen van de ROAZ-plannen te faciliteren. De ROAZ-en worden bij het opstellen van het ROAZ-plan ondersteund door onder meer het LNAZ, Zorgverzekeraars Nederland en de overheid; bijvoorbeeld op het gebied van data, kennisuitwisseling en randvoorwaarden zoals wet- en regelgeving.

- o De ROAZ-partijen beoordelen gezamenlijk of het ROAZ-plan voldoende concreet is, in lijn is met de uitgangspunten van het IZA en voldoende bijdraagt aan het duurzaam oplossen van de regionale knelpunten in de acute zorg. Het ROAZ plan wordt daarvoor ook ter consultatie voorgelegd aan patiëntenorganisaties. Daarbij wordt ook gekeken naar de consequenties van het ROAZ-plan voor profielen van ziekenhuizen in relatie tot een samenhangend regionaal zorgaanbod, mede in het verlengde van de regioplannen op zorgkantoorregioniveau en de Acute GGZ-regio's. Waar nodig kan het ROAZ-plan vervolgens worden aangescherpt.
 - o Het ROAZ-plan wordt na vaststelling als basis gebruikt voor (inkoop)afspraken tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben altijd de ruimte om met individuele zorgaanbieders aanvullende transformatieafspraken te maken in de individuele contractering; ook over zaken die niet in het ROAZ-plan staan.
 - o Wanneer de ROAZ-zorgpartijen in gezamenlijkheid niet voor 1 januari 2024 komen tot een ROAZ-plan met afspraken die voldoende scherp zijn om de transformatieopgaven voor elkaar te krijgen, zullen zorgverzekeraars onderbouwd en transparant in hun zorginkoopbeleid sturen op aanvullende maatregelen als dat nodig is om vanuit hun zorgplicht de toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg in de regio te borgen (vanuit hun zorgplicht).
 - o Het opstellen van de ROAZ-plannen moet niet leiden tot vertraging. Als de toegankelijkheid en/of kwaliteit van zorg in het gedrang komt, worden direct maatregelen getroffen. Ook met het uitwisselen en door zorgpartijen implementeren van best practices die in lijn zijn met de beweging naar passende acute zorg, hoeft niet te worden gewacht op het vaststellen van de ROAZ-plannen.
- e) **Specifieke transformatieplannen:** Ook voor de acute zorg geldt dat de daadwerkelijke transformatie gebeurt op basis van specifieke transformatieplannen in lijn met de ROAZ-plannen. Deze plannen worden decentraal, op het bijpassende niveau gemaakt tussen de betrokken acute zorgpartijen. (Zie ook hoofdstuk X "Regionale samenwerking".) Zorgverzekeraars kopen de acute zorg in op individuele basis; waar nodig gelijkgericht op basis van landelijke kaders voor kwaliteit en de noodzakelijke grote transformaties binnen de acute zorg in de regio, zoals beschreven in de desbetreffende transformatieplannenplannen. Waar nodig worden door zorgverzekeraars hierbij flankerende (financiële) afspraken gemaakt om de transformatie te realiseren en de toegankelijkheid van zorg en de continuïteit te borgen. (Zie ook hoofdstuk X "Contractering en inzet transformatiemiddelen".) Teneinde de toegankelijkheid van acute zorg te borgen, spreken partijen af dat gecontracteerde capaciteit niet tussentijds kan worden afgeschaald zonder afstemming in ROAZ-verband en goedkeuring van de betrokken zorgverzekeraars.

7. Data-uitwisseling en capaciteitsinformatie

- a) Inzicht in de (benodigde en beschikbare) capaciteit van de gehele (regionale) acute zorgketen is noodzakelijk voor zorgcoördinatie en het optimaal inrichten van de regionale acute zorg. Artificial Intelligence kan bijdragen aan het beter voorspellen van benodigde capaciteit. Regionaal wordt vastgesteld wat de gedifferentieerde minimale benodigde acute zorgcapaciteit is, als een van de uitgangspunten voor de ROAZ-afspraken. Dit betreft in ieder geval SEH-capaciteit, acute verloskunde, huisartsenpost en acute GGZ. Het ROAZ is verantwoordelijk voor het vaststellen van deze capaciteit in nauw overleg met de desbetreffende zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Relevante zorgaanbieders waaronder aanbieders van ELV en acute WLZ-zorg sluiten aan bij het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) en delen verplicht de noodzakelijke capaciteitsinformatie. Partijen spreken af om voor de wijkverpleging verder te inventariseren

welke elementen in het LPZ moeten terugkomen op een praktisch uitvoerbare manier; dit betreft in ieder geval onplanbare wijkverpleging en 'herkenbaar & aanspreekbaar wijkverpleging'.

- b) VWS stelt in 2023 en 2024 middelen beschikbaar voor een vervolg van het programma Met Spoed Beschikbaar met het oog op de verdere implementatie van de Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute zorg. De uitwisseling van (een selectie van) de uitwisselingen uit de Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute zorg zal in 2023 op de Meerjarenagenda van de Wegiz worden geplaatst, in welk kader op initiatief van VWS zal worden onderzocht of de gegevensuitwisseling aangewezen wordt, zodat er een wettelijke verplichting komt op de elektronische uitwisseling van de gegevens. Een wetsvoorstel m.b.t. het zonder toestemming uitwisselen van patiëntgegevens in geval van acute zorg wordt voorbereid en zal rond de zomer van 2023 worden ingediend bij het parlement. Partijen nemen onder leiding van het Nictiz het initiatief om de reikwijdte van de Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute zorg uit te breiden met het oog op effectieve zorgcoördinatie.

8. Bekostiging

- a) Acute zorg heeft een spoedeisend karakter, wordt gekenmerkt door piek- en dalbelasting en kan op elk moment nodig zijn. Tegelijkertijd is de benodigde capaciteit goed planbaar. De fysieke en personele infrastructuur en capaciteit moet op orde en beschikbaar zijn, ongeacht het aantal patiënten. Dit vraagt om een goede spreiding van beschikbare voorzieningen, goede samenwerking in de acute zorgketen en optimale inzet van schaars personeel. De wijze van bekostiging en inkoop van acute zorg moet de juiste beweging stimuleren en effectieve sturing hierop mogelijk maken. Partijen spreken daarover het volgende af:
- o VWS zal de NZa opdracht geven om met alle zorgpartijen aan tafel kansen en knelpunten rondom de bekostiging van acute zorg verder in kaart te brengen. Daarbij geldt: geld volgt inhoud. Oftewel bekostiging op basis van gezamenlijk door partijen vastgestelde functionele specificaties die voor de acute zorg van belang zijn. Het onderzoek wordt eind 2023 opgeleverd; parallel aan de inhoudelijke ROAZ-afspraken, in verband met eerdergenoemde koppeling van inhoud en bekostiging. Uiteindelijk is het aan de NZa om eventuele aanpassing van de bekostiging vast te stellen, op basis van de kaders door het Ministerie van VWS.
 - o Eventuele veranderingen in de wijze van bekostiging en inkoop stimuleren de door partijen onderkende noodzakelijk herinrichting van het acute zorglandschap en mogen daar geen beperkingen voor opwerpen. Huisartsen-inschrijftarieven zijn geen onderdeel van acute zorg financiering.
 - o Er wordt onderscheid gemaakt tussen bekostiging via het reguliere zorginkoopproces en eventuele tijdelijke financiële afspraken om de transformatie te realiseren en de toegankelijkheid van zorg en de continuïteit te borgen gedurende het transformatieproces.
 - o De huidige beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's en acute verloskunde is gebaseerd op de 45-minutennorm. Bij vervanging van de 45-minutennorm door kwaliteitsnormen voor tijdkritische aandoeningen wordt ook gekeken wat de gevolgen zijn voor deze beschikbaarheidsbijdragen die zijn bedoeld om de beschikbaarheid van SEH's en acute verloskundige zorg te borgen. VWS en de NZa zullen in overleg met de betrokken zorgpartijen deze gevolgen onderzoeken, zodat waar nodig tijdig mitigerende afspraken worden gemaakt.

Bijlage D Regionale samenwerking – toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding

1. Inleiding

De zorg is in ontwikkeling. We krijgen steeds beter inzicht in ziekteprocessen en de mogelijkheden voor de patiënt op het gebied van diagnostiek en behandeling breiden zich uit. Ook komt er steeds meer data en informatie over de uitkomsten van behandelingen. Hierdoor kunnen aandoeningen beter en specifiekere worden gediagnosticeerd en patiënten gerichter worden behandeld. Dit leidt tot kwalitatief betere zorg voor de patiënt maar stelt ook meer eisen aan de expertise van zorgprofessionals.

Om toekomstbestendige medisch specialistische zorg te organiseren willen de partijen gezamenlijk de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor de patiënt verder verbeteren, de transparantie daarover verhogen, het innoverend vermogen bevorderen en de samenwerking in en tussen goed opgeleide teams waarborgen. Dat bereiken we door bepaalde interventies en diagnostiek verder te concentreren.

Concentreren van zorg is geen doel op zich. Het is een instrument om passende zorg van goede kwaliteit voor de patiënten te bevorderen en de houdbaarheid van het zorglandschap – ook op de langere termijn – te borgen en om de professionele inzet van de zorgmedewerkers en middelen zo effectief mogelijk in te richten. Tegelijkertijd gaat het ook om spreiding: zorg die vaak voorkomt en laagcomplex is, moet voor iedereen dicht(er)bij beschikbaar zijn. Het uitgangspunt daarbij is “nabij als het kan, veraf als het moet”, waarbij de patiënt uiteraard ook de vrijheid heeft om te kiezen voor een zorgaanbieder veraf. Alle beschikbare zorgcapaciteit is en blijft nodig, maar de geschetste ontwikkelingen vragen om een heroriëntatie op hoe we de zorg in ons land hebben georganiseerd en ingericht. Dit alles dient in samenhang te worden gezien met de afspraken in dit Integrale Zorgakkoord over acute zorg, deze zijn nevengeschikt aan elkaar. Voor concentratie van zorg wordt (in eerste instantie) gekeken naar zorg op het terrein van de brede oncologische zorg (inclusief diagnostiek en palliatieve zorg), de zorg rond hart- en vaatziekten en acute zorg.

Daarnaast wordt er ook gekeken naar de zorg voor patiënten met een zeldzame aandoening in de daarvoor bestaande (door VWS erkende) expertisecentra. Dit vanuit het belang van de juiste zorg op de juiste plek en vanuit de samenhang en schaalvoordelen voor kwaliteit en kennisontwikkeling. Dit gebeurt in aansluiting op de trajecten die hiervoor al zijn ingericht.

Verdere concentratie van zorg zal er toe leiden dat er meer differentiatie ontstaat. Ziekenhuizen en klinieken zullen zich daarbij toeleggen en profileren op de onderdelen waar zij goed in zijn en specifieke expertise in hebben ontwikkeld. Ontwikkeling, bundeling en deling van kennis en kunde, transparantie over de resultaten en samenwerking en netwerkvorming op zowel regionaal niveau als op landelijk en internationaal niveau zijn essentieel bij deze beweging. Dit binnen de context van de uitdagingen op de arbeidsmarkt waarin alle zorgprofessionals nodig zijn. De samenhangende bewegingen van concentratie enerzijds en spreiding anderzijds zijn niet nieuw en ze zijn ook al gaande (zie ook kader), maar ze vragen wel om een versnelling gezien eerder geschetste ontwikkelingen.

Concentratie van kinderoncologie: Prinses Máxima Centrum

Vanuit 7 kinderoncologiecentra in Nederland is in 2018 alle hoogcomplexere zorg en research rondom de kinderoncologie geconcentreerd in het Prinses Máxima Centrum. Met het oog op de steeds complexere behandelingen leidt dit er toe dat specialisten en hun teams – vanuit patiëntenperspectief - kwalitatief betere zorg kunnen leveren doordat zij beter in staat zijn om kennis en ervaring op te bouwen. Daarbij geldt dat de integratie van zorg en research maakt dat nieuwe ontwikkelingen vanuit onderzoek sneller kunnen worden toegepast. Via een goed werkend zorgnetwerk (Shared Care) werkt het Prinses Máxima Centrum nauw samen met een aantal kinderafdelingen van ziekenhuizen verspreid over het land om zorg – waar dat kan – ook dichtbij huis mogelijk te maken.

Concentratie kan betekenen dat de patiënt verder moet reizen om de kwalitatief best mogelijke zorg te krijgen en/of dat expertise met de patiënt meebeweegt waar dat mogelijk en zinvol is, om zo de kwalitatief best mogelijke zorg voor de patiënt te bereiken. Concentratie van zorg maakt

verdergaande samenwerking en het aanbieden van zorg in netwerken (shared care) van belang, om de voor- en nazorg dichtbij³⁶ te organiseren wanneer bijvoorbeeld chirurgische interventies en complexe diagnostiek zijn geconcentreerd.

Om de beweging naar een optimale balans in het zorglandschap middels concentratie en spreiding van zorg te versnellen, is regie en sturing nodig en dient te worden voorzien in een aantal randvoorwaarden. Daarover maken partijen afspraken in de rest van dit hoofdstuk. Verder zal VWS met de veldpartijen een gezamenlijk traject starten om afspraken te maken over in elk geval de volgende aspecten:

- De verdere ontwikkeling van de kwaliteit van de zorg en de transparantie daarover (inclusief de verhoging van de volumenormen alsmede gericht inkoopbeleid door de verzekeraars);
- De netwerkontwikkeling op zowel regionaal, landelijk niveau als internationaal niveau;
- De implementatie, met tussentijds ruimte voor evaluatie, van expertiseconsulten voor zeldzame aandoeningen;
- De ondersteuning van de beoogde concentratiebewegingen via de transformatiemiddelen.

Kwaliteit oncologische zorg kan beter³⁷

Hoewel de inzet op en de uitgaven voor kankerszorg hoog zijn, kan de kwaliteit van de oncologische zorg in Nederland beter. Nederland zit bijvoorbeeld ten aanzien van overleving van verschillende soorten van kanker niet in de Europese top drie. Er is in Nederland veel verschil in de behandeling van kanker en er is te weinig samenwerking. Met name bij hoogcomplexiteit laagvolumezorg, zoals bepaalde oncologische behandelingen, kan een betere kwaliteit van zorg tot stand komen – met betere uitkomsten voor de patiënt – door middel van concentratie van de zorgverlening bij een beperkt aantal gespecialiseerde zorgaanbieders. Daarnaast zal ook samenwerking en netwerkvorming centraal moeten staan, om patiënten goede oncologische zorg te bieden met de beste kwaliteit. Toegang tot de beste kwaliteit ongeacht waar je als patiënt binnenkomt, dat moet de belofte zijn. Voor de organisatie van de oncologische zorg zal in de komende jaren de netwerkvorming verder verbeterd moeten worden. Daarnaast zullen de richtlijnen moeten worden aangepast en volumenormen moeten worden verhoogd.

2. Inzet middel concentratie van zorg

Om de beweging rondom concentratie van zorg te versterken, is meer regie en sturing nodig. Daarbij wordt gekozen voor een stapsgewijze aanpak, waarbij wordt gekeken naar waar de grootste voordelen zijn te verwachten (t.a.v. kwaliteit, patiëntenaantallen en samenwerkingsmogelijkheden). Voor de eerste tranche wordt in elk geval ingezet op de hoogcomplexiteit oncologische zorg en vaatchirurgie (zie bijlage³⁸) waarbij wordt gekeken naar zowel de zorg die landelijk georganiseerd moet worden, als de zorg waar regionale sturing en regie nodig is. Daarover maken partijen onderstaande afspraken,

- a) Onder leiding van het Zorginstituut wordt een Ronde Tafeloverleg ingericht die in overleg met de veldpartijen (FMS, NVZ, NFU, ZN en (aandoening-specifiek) ZKN) en in verplichte samenspraak met de desbetreffende patiëntenorganisatie(s) op een zorgvuldige wijze komt tot het vaststellen van hogere volumenormen voor zorginterventies in de eerste tranche. Dit met als achterliggend doel om door verdere concentratie de kwaliteit van zorg te verhogen en/of de toegankelijkheid van zorg te borgen door schaars personeel en dure infrastructuur optimaal in te zetten.
- b) Hierbij wordt als uitgangspunt genomen dat de volumenorm voor de interventies in de eerste tranche op 100 [bespreekpunt] ingrepen per instelling per jaar³⁹ wordt gesteld, tenzij het Ronde

³⁶ in ziekenhuizen zonder voor die aandoening gespecialiseerde differentiatie te organiseren

³⁷ PM referentie volgt

³⁸ PM Bijlage volgt, gaat in elk geval om de SONCOS-lijst (oncologie, circa 25 intern, en circa 10 interventies rondom hart/vaten).

³⁹ Volumennormen worden nu op verschillende manieren gedefinieerd. De normen kunnen per instelling, per behandelteam, per netwerk of per medisch specialist worden gesteld. Hier is gekozen voor een volumennorm

Tafeloverleg op basis van wetenschappelijk onderzoek onderbouwt dat aanhouden van deze volumenorm ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Uiteraard is het ook mogelijk om een hogere volumenorm vast te leggen als dat nodig is om de kwaliteit te verhogen en het zorgproces te optimaliseren.

- c) Het Ronde Tafeloverleg gaat zoveel mogelijk uit van bestaande kennis. Bronnen daarvoor zijn de uitkomsten uit wetenschappelijk onderzoek, kennisinstituten, wetenschappelijke verenigingen die vaak al inzicht hebben in aandachtsgebieden, de Europese Referentienetwerken voor zeldzame aandoeningen en het Zorginstituut. Vaststelling van de volumenormen, inclusief eventuele onderbouwde afwijkingen van het uitgangspunt van 100 ingrepen per instelling per jaar, voor de interventies in de eerste tranche is uiterlijk 1 januari 2024 gereed.
- d) De NZa wordt gevraagd om parallel aan het vaststellen van de volumenormen voor de eerste tranche in kaart te brengen in welke instellingen deze ingrepen thans worden uitgevoerd, wat de bijbehorende volumes zijn en wat verhoging van de volumenormen betekent in termen van concentratie. De NZa levert de resultaten hiervan uiterlijk eind 2023 op. Dit kan als verrijkende input op de regiobeelden gezien worden. De NZa zal tevens de voortgang van de beweging naar toekomstbestendig medisch zorglandschap meenemen in een nieuwe monitor MSZ, waarbij de inhoud van de monitor per jaar verschilt en aansluit bij de informatiebehoefte van het veld om beweging van concentratie en spreiding te genereren.
- e) Toezichthouders en zorgverzekeraars zien per 1 januari 2026 toe op opvolging van deze normen. Op deze manier hebben de veldpartijen voldoende tijd om de concentratie van deze interventies te organiseren. Dit gebeurt op basis van specifieke transformatieplannen zoals beschreven in de IZA-hoofdstukken Regionale samenwerking en Contractering. Daar waar het gaat om een concentratiebeweging op landelijke schaal, zal VWS, met betrokkenheid van de partijen, het voortouw nemen in het opstellen van een transformatieplan. Met als aanvulling dat de bijzondere complexe situatie van een patiënt, kan leiden tot een incidentele uitzondering. Voor de kinderhartchirurgie binnen umc's wordt in dit kader reeds een impactanalyse uitgevoerd door de NZa.
- f) Daar waar vanuit toegankelijkheid concentratie al wordt ingezet in gezamenlijkheid en brede gedragenheid van de betrokken partijen naar aanleiding van regioplannen, hoeft niet gewacht te worden op de analyse van het Zorginstituut.
- g) Mocht het verder aanscherpen van volumenormen en de implementatie hiervan niet van de grond komen, dan wordt bekeken of landelijke sturing via bijvoorbeeld het inzetten van doorzettingsmacht of het inzetten of aanpassen van wet- en regelgeving nodig is. VWS zal dit de komende periode verder onderzoeken en voorbereiden.
- h) Vanaf 2024 wordt gestart met een tweede tranche. Partijen selecteren onder leiding van het Zorginstituut nieuwe interventies waarvoor de volumenormen worden verhoogd, waarbij ook weer het uitgangspunt van 100 ingrepen per instelling per jaar wordt aangehouden. Bij deze selectie geldt het uitgangspunt dat er een substantiële impact te verwachten moet zijn; daarbij wordt breed gekeken naar de mogelijke interventies die in deze tranche worden opgenomen. Vaststelling van de volumenormen voor de interventies in de tweede tranche, inclusief eventuele onderbouwde afwijkingen van het uitgangspunt van 100 ingrepen per instelling per jaar, is uiterlijk 1 januari 2026 gereed. Implementatie (verzekeraars en toezichthouders) vindt plaats per 1 januari 2028.

3. Besluitvorming

Bij besluitvorming over de inzet van het middel concentratie van zorg wordt onderscheid gemaakt tussen zorg op landelijk (en internationaal) niveau en concentratie van zorg binnen de regionale context:

- a) VWS is eindverantwoordelijk voor de besluitvorming en coördinatie ten aanzien van concentratie van laagvolume hoogcomplexe zorg op landelijk (en internationaal) niveau, voor zover de

per instelling. Alternatieven kunnen ingezet worden maar mogen niet leiden tot een vermindering van de kwaliteitswinst voor de patiënt (ten opzichte van de situatie waarin de minimale volumenorm geldt).

veldpartijen hier zelf niet uitkomen. Het vergunningensysteem van de WBMV kan hierbij als uiterste middel worden ingezet. Het uitgangspunt hier is dat laagvolume hoogcomplexere zorg geconcentreerd wordt uitgevoerd.

- b) Besluitvorming ten aanzien van concentratie van hoogvolume al dan niet hoogcomplexere zorg vindt plaats in de regionale context in nieuwe of bestaande netwerken. De gestelde volumenormen spelen hierbij een belangrijke rol evenals doelmatigheid overwegingen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken hierover afspraken binnen de reguliere zorginkoop. Zorgverzekeraars zijn daarbij vanuit hun zorgplicht verantwoordelijk voor het borgen van een passend zorgaanbod en samenhangend zorglandschap in de regio en tussen regio's; zorgaanbieders ondersteunen hierbij door maximaal transparant te zijn over de (kwalitatieve en kwantitatieve) resultaten en uitkomsten van hun zorgverlening.
- c) Door concentratie en spreiding van zorg zal de komende jaren meer differentiatie tussen ziekenhuizen ontstaan, met verschillen in zorgportfolio. Dit leidt ertoe dat ziekenhuizen de komende jaren in meer of mindere mate te maken krijgen met verschuivingen in het zorgaanbod. Het is van groot belang om voor deze verschuivingen een impactanalyse uit te voeren. Dit is onderdeel van het implementatiekompas. Daarbij wordt onder meer gekeken naar kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg, doelmatige inzet van personeel en infrastructuur, cascade-effecten, impact op de kwaliteit van leven van de patiënt, waarborgen van mogelijkheden voor onderwijs, opleiding, innovatie en onderzoek en wet- en regelgeving (o.a. op het gebied van mededinging) en de financiële positie van zorginstellingen. Ook is het van belang om bij het maken van keuzes in concentratie en spreiding rekening te houden met zorg geleverd door andere ketenpartners zoals klinieken (ZBC's), tijdelijk verblijf en gespecialiseerde en acute wijkverpleging.
- d) Alle partijen spannen zich in om de maatschappij er van te doordringen dat onze zorgcapaciteit eindig is. Het zorglandschap moet anders ingericht worden en hierbij maken we keuzes over concentratie en spreiding van zorg. VWS vervult hierin een leidende rol.

Behandeling van borstkanker⁴⁰

De borstkankercare in Nederland is erg versnipperd. De behandeling is duur en wordt in 88 ziekenhuizen uitgevoerd (met een maximaal marktaandeel van 3%). De variatie in uitkomsten van deze ziekenhuizen is erg hoog en volumenormen zijn relatief eenvoudig te halen. Verdere concentratie zal naar verwachting leiden tot hogere kwaliteit.

4. Randvoorwaarden

- a) **Netwerkgorg:** Bij concentratie van zorg is samenwerking in netwerken (shared care) belangrijk. Dat betekent dat voor- en nazorg waar mogelijk dichtbij en met inzet van digitale zorg zoals beeldbellen en telemonitoring, thuis, wordt georganiseerd als interventies zijn geconcentreerd. Tevens is het essentieel voor samenwerking t.a.v. klinisch onderzoek (zie boven). Een duidelijk zorgpad met heldere uitleg aan patiënten is benodigd met heldere afspraken over hoofdbehandelaarschap en casemanagement. Optimaal functionerende netwerken in de regio zijn randvoorwaardelijk om de concentratie van zorg tot een succes te maken. Bij de organisatie netwerkgorg en MDO's hebben de expertisecentra een belangrijke initiërende en ondersteunende rol. Door samenwerkingsafspraken wordt klinisch onderzoek zo georganiseerd dat patiënten hiervoor niet onnodig worden verwezen en waar mogelijk in een ziekenhuis of kliniek in hun eigen omgeving worden behandeld. De onderzoeksinfrastructuur van de umc's wordt zo ook optimaal benut voor de regio.

Om netwerkgorg te bevorderen, dienen onderstaande randvoorwaarden te zijn ingevuld:

- o **Digitale gegevensuitwisseling:** Om dit optimaal te organiseren is digitale gegevensuitwisseling noodzakelijk. Daarbij worden de mogelijkheden uitgebreid om hoogcomplexere en zeldzame diagnoses gestandaardiseerd toe te voegen in de EPD-systemen, zodat er meer inzicht ontstaat in waar welke behandelingen worden uitgevoerd en de afspraken gemonitord kunnen worden.

⁴⁰ PM referentie volgt

- o **Passende bekostiging:** Bekostiging is volgend op de inhoud. NZa onderzoekt de doorontwikkeling van DBC-systematiek. Mochten door veranderingen in het zorglandschap de huidige bekostiging belemmerend werken, dan wordt hier naar gekeken. Ook financiële afspraken rondom netwerkzorg (shared care) moeten worden geoptimaliseerd. Netwerkzorg wordt gefaciliteerd door de ontwikkeling van het expertiseconsult. In 2023 wordt met het 'expertise advies voor zeldzame aandoeningen' een eerste stap gezet om ziekenhuizen en umc's beter gebruik te laten maken van elkaars expertise. Met het expertise advies komt er een prestatie beschikbaar waarmee zorgverleners advies kunnen inwinnen een door WVS erkend expertise centrum voor zeldzame aandoeningen. Doel hiermee is om patiënten sneller te diagnosticeren, zoveel mogelijk dichtbij huis te behandelen en kennisoverdracht te faciliteren. In 2024 bekijkt de NZa in hoeverre het expertiseconsult uitgebreid kan worden voor andere vormen van expertise, onder andere de brede oncologische zorg. Daarnaast zal de overheid de bestaande mogelijkheden in de bekostiging voor domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden, zoals facultatieve prestaties en experimenteerruimte, helpen te implementeren om samenwerking voor passende zorg te realiseren.
- o **Kwaliteitsinformatie:** De patiënt moet inzicht hebben in de kwaliteit van de zorg zodat op basis hiervan ook een keuze gemaakt kan worden. Maximaal inzicht en transparantie door kwaliteitsinformatie is ook nodig zodat de patiënt goede informatie heeft waar hij of zij terecht kan voor zowel voor- als natraject als voor de interventie en om evaluatie van de kwaliteit van de zorg in de keten mogelijk te maken. Ook voor de zorgverzekeraars is deze informatie relevant om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen inkopen.
- b) **Verschuiving basiszorg:** Tegenover de concentratie van hoogcomplex zorg staat, dat umc's, en topklinische ziekenhuizen, zich minder richten op medisch specialistische basiszorg (laagcomplex zorg/niet-topreferente zorg). Vanuit het brede perspectief van passende zorg wordt daarbij door het Zorginstituut verdiepend onderzoek gedaan naar basiszorg in umc's. Mogelijk kan op basis van deze verdieping een richtinggevende normering (kwantitatief of kwalitatief) ontwikkeld worden, gericht op passende zorg. Dit betreft onder andere het punt dat patiëntenzorg die in beginsel kan worden beschouwd als laagcomplex niet-topreferent, uit oogpunt van onderzoek, opleiding en/of mogelijke toekomstige innovatie plaatsvindt in een umc of topklinische instelling. umc's blijven zich hierbij inzetten om door samenwerkingsafspraken klinisch onderzoek, opleiding en innovatie zo te organiseren dat patiënten hiervoor niet onnodig worden verwezen en waar mogelijk in hun eigen ziekenhuis of kliniek worden behandeld. De onderzoeksinfrastructuur van de umc's wordt zo ook optimaal benut met de regio. De NZa zal in afstemming met de veldpartijen bezien op welk moment nieuwe inzichten over de ontwikkeling van basiszorg in de umc's in de nieuwe monitor MSZ kunnen worden opgenomen. Op basis hiervan kunnen eventuele knelpunten wordenesignaleerd en vervolgens worden opgepakt.
- c) **Faciliteren transformatie:** Voor de periode 2023 tot en met 2026 zijn door het kabinet transitiemiddelen vrijgemaakt om de concentratie van zorg te realiseren en gedurende het concentratieproces de toegankelijkheid van zorg en de continuïteit van de instellingen te borgen. De transitiemiddelen zijn enerzijds nodig om te onderzoeken en analyseren op welke terreinen en op welke wijze verdere concentratie nodig is, anderzijds zijn ze nodig voor de daadwerkelijke concentratie (inclusief effecten op de bedrijfsvoering van ontvangende en afbouwende zorgaanbieders) en het ontwikkelen van shared care in zorgnetwerken welke samen een duurzame oplossing creëren.

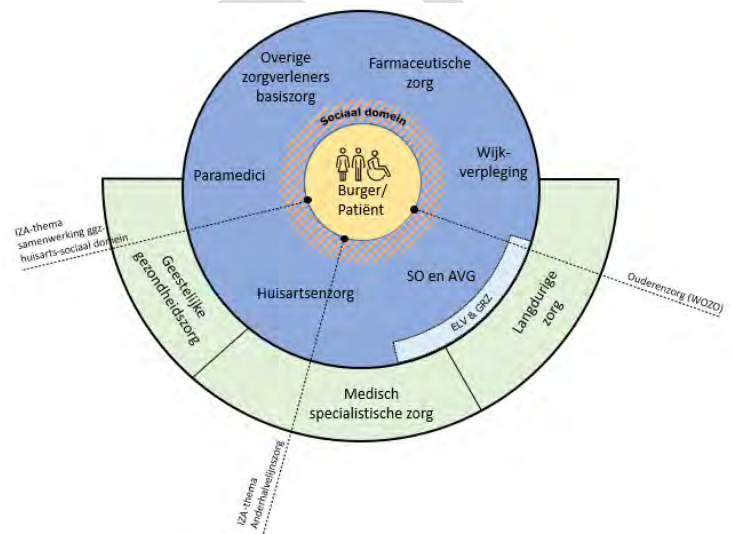
Bijlage E Versterking organisatie eerstelijnszorg

Inleiding: Opgave voor de eerstelijnszorg

De toegankelijkheid van de zorg staat onder druk. Dat plaatst ook de eerstelijnszorg voor urgente vraagstukken. Borging van houdbaarheid van het stelsel begint bij het toekomstbestendig maken, organiseerbaar houden, van de eerste lijn; bij behoud van de laagdrempelige en snelle toegang en de hoge kwaliteit van eerstelijnszorg die we in Nederland gewend zijn.

Als gevolg van de vergrijzing, de beweging naar passende zorg en omdat mensen langer thuis blijven wonen, zullen steeds meer mensen voor complexere zorgvragen een beroep doen op eerstelijnszorg: de zorg van huisartsen, apothekers, paramedici, wijkverpleging, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatie⁴¹.

Goede zorg aan (kwetsbare) mensen vraagt erom dat er voldoende zorgverleners zijn, die voldoende tijd hebben voor hun patiënten, die elkaar in de wijk kennen, weten wat ze aan elkaar hebben en elkaar helpen. Huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners die in elke wijk aanwezig zijn, zijn dan samen in staat om hun populatie te kennen en een groot deel van de veelvoorkomende zorgvragen op te lossen. Wanneer het nodig is, moet gemakkelijk en laagdrempelig de aanvullende expertise van een specialist ouderengeneeskunde, van een arts VG, uit de ggz of uit medisch specialistische zorg kunnen worden ingeschakeld. Wanneer een kwetsbare oudere tijdelijk niet thuis kan zijn moet snel en eenvoudig een bed te vinden zijn voor een tijdelijke opname voor herstel of revalidatie.



De eerstelijnszorg heeft ook een rol bij het dichten van de gezondheidskloof, met name in het herkennen en signaleren van factoren die kunnen leiden tot zowel onder- als overbehandeling: kwetsbaarheid door leefomstandigheden, armoede, taalproblemen, een verminderd vermogen tot het voeren van regie en/of mindere gezondheidsvaardigheden. Voor patiënten die kwetsbaar zijn door hun sociaal-economische omstandigheden is samenwerking tussen het medisch domein en het sociaal domein essentieel om tot echte oplossingen voor zorgen en vragen te komen.

De opgave om meer zorg te kunnen blijven verlenen aan een hoger aantal kwetsbare patiënten betekent, gegeven de grenzen aan de groei van menskracht, ook een opgave om gezondheidsproblemen te voorkomen en om (eenvoudige) zorgvragen slimmer te beantwoorden. Met meer mogelijkheden voor patiënten om zelf antwoorden op hun vragen over gezondheid en zorg op te zoeken, met aandacht voor de rol en mogelijkheden van mantelzorgers, met duidelijkheid voor patiënten bij welke zorgverlener ze het beste kunnen aankloppen voor hun vraag en mogelijk met een passende doorverwijzing van patiënten vóórdat zij in de spreekkamer zitten.

Dit beeld van goede zorg vraagt om ruimte voor professional en patiënt om samen te beslissen welke zorgkeuzes optimaal bijdragen aan gezondheid en kwaliteit van leven. Professionals moeten hierbij worden ondersteund en ontzorgd en in hun dagelijkse samenwerking met collega professionals worden gefaciliteerd door onderliggende samenwerkingsafspraken op wijk-, regio- en landelijk niveau, zowel binnen de eerstelijnszorg als met andere deelsectoren en domeinen. In de

⁴¹ Ook geboortezorg en mondzorg zijn belangrijke vormen van eerstelijnszorg. Inhoudelijke afspraken daarover vallen echter niet binnen de scope van dit thema.

ontwikkeling van ondersteuning en samenwerking, en de juiste randvoorwaarden daarvoor, moet structureel worden geïnvesteerd.

Belemmeringen

De eerstelijnszorg is grotendeels kleinschalig en monodisciplinair georganiseerd. Dat betekent dat patiënten die zorg nodig hebben van meerdere professionals vaak te maken hebben met meerdere zorgaanbieders. Het delen van informatie en het voeren van regie om integrale, afgestemde zorg te ontvangen rust daarbij nog te vaak en te veel op de schouders van (kwetsbare) patiënten en hun naasten en dit is voor veel mensen niet te realiseren.

De huidige structuur van de eerstelijnszorg betekent tegelijkertijd dat er veel op individuele zorgverleners aankomt. Zij moeten zelf hun praktijkvoering organiseren, ICT-systemen inkopen, innovaties implementeren en afspraken maken met andere zorgaanbieders en met zorginkopers. Dit leidt ertoe dat zorgverleners steeds minder met zorgverlening en steeds meer met randzaken bezig zijn.

De eerstelijnszorg is voor andere partijen die willen bijdragen aan betere organisatie van zorg en juiste zorg op de juiste plaats (ziekenhuizen, ggz-aanbieders, gemeentes, zorgverzekeraars) niet altijd goed aanspreekbaar. Ook het optimaal inzetten van beschikbare menskracht in de eerstelijnszorg lukt niet goed genoeg. De huisarts staat als spil van de zorg onder grote druk. In verschillende regio's is de druk al zo hoog dat patiënten er niet altijd in slagen om zich in te schrijven bij een huisartsenpraktijk. Ook bij disciplines waar de huisarts graag mee samenwerkt bestaat schaarste (specialist ouderengeneeskunde, arts VG, wijkverpleging). Het aanbod van andere grote beroepsgroepen om de werklast te delen wordt beperkt benut (zoals paramedici en apothekers).

Wet- en regelgeving stimuleren een beter georganiseerde eerstelijnszorg niet voldoende.

Budgettaire kaders en bekostiging van de eerstelijnszorg verschillen per beroep en/of zorgaanbod en bevatten prikkels voor productie in plaats van samenwerking. De prikkels in het financieringssysteem van de Zvw zijn vooral gericht op het realiseren van doelmatigheid en kostenreductie van de individuele sectoren en (nog) niet voldoende op kwaliteit en samenhang van zorg. De wettelijke kaders maken een grote groei van het aantal zorgaanbieders mogelijk. Een veelheid aan kleine aanbieders (bijvoorbeeld in de wijkverpleging en de paramedie) leidt tot problemen in de organiseerbaarheid van samenwerking.

De inkoop geschiedt gesegmenteerd, in het verlengde van de budgettaire kaders, en stuurt onvoldoende op samenhang en samenwerking in wijk en regio.

Voor eerstelijnszorg zijn in de afgelopen jaren waardevolle kennis- en kwaliteitsprogramma's gestart, maar er zijn geen structurele middelen voor onderzoek en ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor alle beroepsgroepen. Ook zijn de mogelijkheden voor dataverzameling en -analyse suboptimaal. Dit zorgt voor een ongelijke startpositie van beroepen bij de doorontwikkeling van vakmanschap en het voldoen aan de eisen van passende zorg.

Ondanks al deze belemmeringen zien we in regio's en binnen beroepsgroepen mooie voorbeelden die laten zien hoe samenwerking en organisatie op lokaal niveau en regionaal niveau leiden tot betere zorg en meer werkplezier. Dat inspireert ons bij ons toekomstbeeld. Daarvoor willen wij aan het werk en met leiderschap goede keuzes maken.

Ambitie

Wij⁴² willen werken aan een eerstelijnszorg:

- die blijvend beschikbaar en toegankelijk is voor iedereen
- waar schaarse personele capaciteit efficiënt wordt ingezet
- die begrijpelijk en goed vindbaar is voor alle patiënten
- die zorg biedt die gericht is op het verhogen van gezondheid en kwaliteit van leven
- waar patiënten snel door de juiste hulpverlener worden gezien en waar zorgverleners voldoende tijd hebben voor de patiënt
- waar extra aandacht is voor mensen met grotere gezondheidsrisico's en verminderde gezondheidsvaardigheden
- waar mensen met een verminderd vermogen tot het voeren van eigen regie in beeld zijn en geholpen worden

⁴² Deze thematekst is uitgewerkt door PFN, LHV, InEen, V&VN, Zorgthuisnl, Actiz, ZN en VWS, met consultatie van KNGF, PPN, KNMP, Verenso, NVAVG, FMS, NVZ, VNG, Zorginstituut, NZa en IGJ.

- waar patiënten en naasten samen met professionals beslissen over de juiste zorg en ondersteuning en vooruitdenken wanneer dat nodig is (Advance Care Planning)
- die integrale, afgestemde zorg van hoge kwaliteit biedt aan mensen met een complexe zorgvraag en daarop aanspreekbaar is
- die in staat is om effectief samen te werken met andere deelsectoren en domeinen en in staat is om afspraken te maken over zorg in de regio
- waar zorgverleners met plezier werken
- waar samenwerken de norm is en dit ondersteund wordt door regelgeving, bekostiging en inkoop
- waar zorgverleners worden ondersteund op het gebied van o.a. bedrijfsvoering, ICT en innovaties
- waar patiënten (digitaal) toegang hebben tot hun eigen gegevens en gebruik kunnen maken van digitale diensten van de eerstelijnszorg
- waar zorgverleners digitaal vaardig zijn en actief digitale vormen van zorg aan patiënten aanbieden
- waar beschikbare budgetten doelmatig en doeltreffend worden benut

Raakvlakken en randvoorwaarden

Voor Versterking van de eerstelijnszorg zijn mensen, middelen, samenwerkingsafspraken en anders organiseren primaire aandachtspunten voor beleid en investeringen. Deze onderwerpen worden in dit thema uitgewerkt.

Er is sprake van een wisselwerking met belangrijke randvoorwaarden en beleidsontwikkelingen op andere terreinen. De uitwerking van Versterking van de eerstelijnszorg sluit aan op het Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) programma en op de aandacht voor preventie in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en in het IZA. De aanpak van uitdagingen op de arbeidsmarkt wordt uitgewerkt via het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn (programma TAZ).

Voor een blijvend toegankelijke eerstelijnszorg zijn ook goede elektronische gegevensuitwisseling tussen professionals onderling en met patiënten, digitaal toegang tot en de beschikking van inwoners van Nederland over hun eigen zorggegevens, beperkte administratieve lasten en de inzet op regionale samenhang van aanpalende sectoren van essentieel belang. Deze thema's worden elders in dit akkoord uitgewerkt. Ook de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsen en ggz voor patiënten met psychische problemen is een apart thema in dit IZA.

AFSPRAKEN

1. Visie en plan van aanpak

- Voor het einde van 2022 werken Patiëntenfederatie, LHV, InEen, ZN, Actiz, V&VN, Zorgthuisnl samen met KNMP, KNGF, PPN, Verenso, NVAVG de bovenstaande ambities verder uit tot een **visie op de eerstelijnszorg van 2030**. Daarbij worden de FMS, NVZ, VGN en de VNG actief betrokken. Ook VWS, de NZa, het Zorginstituut en de IGJ zullen worden betrokken. Hiervoor wordt onder leiding van VWS een proces ingericht dat start in september 2022. De visie zet de gewenste inhoud en beschikbaarheid van zorg centraal. Organisatie en bekostiging moeten daarbij ondersteunen. Bij de ontwikkeling van de visie wordt gebruikgemaakt van data-analyses over zorgvraagontwikkeling⁴³, inzichten uit experimenten en innovaties, ontwikkeling van beroepscapaciteit en van kennis en expertise van zorgverleners en patiënten.
- Thema's die in de visie worden geadresseerd zijn gericht op kwaliteit van zorg en behandeling voor de patiënt generalistisch waar het kan en specialistisch waar het moet, op werkplezier en ruimte voor professionaliteit van zorgverleners en op de houdbaarheid van de eerstelijnszorg.
 - Nader uit te werken thema's zijn in ieder geval: beheersen van instroom, en optimaliseren van doorstroom en uitstroom van patiënten, poortwachtersfunctie, digitaal en hybride werken, (opschaling van het) gebruik van zorgtechnologie, taakdelegatie en taakherschikking, efficiënte en effectieve tijdsbesteding van zorgprofessionals, ontzorgen van professionals, inzichtelijkheid van de beschikbaarheid van en toegang tot zorg voor patiënten, elektronische gegevensuitwisseling,

⁴³ De NZa biedt hierbij ondersteuning.

coördinatie van zorg, organisatievormen, realiseren van (regionaal) commitment op samenwerkingsafspraken en huisvesting.

- c) Bij deze visie hoort een gezamenlijk **plan van aanpak tot 2026**. Het plan bevat resultaatafspraken over concrete doelen en mijlpalen, de taken en activiteiten die daartoe in elke regio verricht moeten worden, inclusief afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling, inzet van middelen, monitoring en een escalatiemodel. In het plan worden de kaders vastgelegd waarmee regionale en lokale partijen op regio- en wijkniveau uitvoering kunnen geven aan het versterken van de organisatie van de eerste lijn.
- d) Voor het einde van 2022 brengt VWS samen met de NZa, het Zorginstituut en de IGJ, en met input van partijen, de knelpunten in kaart op het gebied van (sectoroverstijgende) samenwerking en netwerkvorming in aanspraken, bekostiging en andere wet- en regelgeving. Indien nodig wordt in het kader van mededinging de ACM betrokken. Er zal worden onderzocht hoe de aanspraken en bekostiging kunnen worden aangepast om meer te prikkelen tot passende zorg en tot samenwerking en samenhang in de wijk en regio. Ook het recht van patiënten op afgestemde zorg en/of een norm voor samenwerking zijn onderwerp van aandacht. Ook de uitkomsten van deze analyse worden verwerkt in het plan van aanpak.
- e) Om te stimuleren dat zorgverzekeraars via de inkoop actief sturen op versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg, treft VWS voorbereidingen om per 2024 multidisciplinaire zorg binnen de financiële kaders van de eerstelijnszorg opnieuw vorm te geven. Over de wijze waarop deze middelen kunnen worden ingezet via de inkoop en over de samenhang van het multidisciplinaire kader met de reguliere budgettaire kaders maken partijen voor de zomer van 2023 nadere afspraken.
 - De uitvoering van het plan van aanpak moet ertoe leiden dat er tussen 2023 en 2026 in elke regio in Nederland voortvarend gewerkt wordt aan de realisatie van de visie op de eerstelijnszorg in 2030 en er concrete stappen vooruit worden gezet. In elke regio staat de inzet en uitvoering in verbinding met het voorwerk dat al is gedaan. Denk aan de bouwstenen voor regionale organisatie van Hechte Huisartsenzorg, de herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging en de ontwikkeling van de organisatiegraad in de paramedie en farmaceutische zorg. De regioplannen voor de eerste lijn worden afgestemd met de bredere regiobeelden die worden ontwikkeld (thema regionalisering). Burgers/patiënten worden bij de planontwikkeling betrokken. Zorgverzekeraars nemen de verantwoordelijkheid om de eerstelijnszorg in regionale en lokale samenhang in te kopen, in lijn met de gemaakte afspraken in de regio. Zorgverzekeraars maken duidelijk hoe en onder welke voorwaarden zij de inkoop van toekomstbestendige eerstelijnszorg structureel en in lijn met de visie gaan vormgeven.

In het licht van de nadere concretisering en uitwerking van de visie en het plan van aanpak maken we al de onderstaande afspraken, waarbij uitgangspunt is dat deze bijdragen aan de geformuleerde ambitie tav de eerstelijnszorg:

2. Over het voorkomen van zorg

- a) Om de druk op de (basis)zorg te verminderen werken partijen aan het voorkomen van oneigenlijke zorgvragen en het bevorderen van de zelfredzaamheid van de burger. Onderdeel van deze aanpak is de doorontwikkeling en stevigere inbedding in het zorglandschap van digitale (zelf)zorgmiddelen, zoals thuisarts.nl en apotheek.nl of andere ehealth-applicaties. Deze digitale (zelf)zorgmiddelen moeten ervoor zorgen dat mensen beter in staat zijn om in te schatten of het echt nodig is om een beroep te doen op zorg én ondersteunen Samen Beslissen. Zo wordt een onnodig beroep op eerstelijnszorg voorkomen. VWS maakt over de voorwaarden waaronder deze gelden beschikbaar worden gesteld in 2022 afspraken met onder andere NHG, FMS en Patiëntenfederatie. De afspraken gaan in ieder geval in op de governancestructuur, cofinanciering en samenwerking met private partijen.

3. Over het optimaal benutten van beschikbare personele capaciteit en expertise

- a) Om huisartsenzorg toekomstbestendig te organiseren is het essentieel om de beheersing van de instroom en optimalisering van de doorstroom in de huisartsenpraktijk te verbeteren. Alle partijen zien in dit kader het belang van Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP). MTVP is een middel waarmee verwijzingen naar de 2e lijn, medicatie en diagnostiek beperkt kunnen worden en de kwaliteit van zorg kan verbeteren en is daarmee in lijn met passende zorg en de doelstellingen

van het IZA. Tegelijkertijd kan het helpen de werkdruk in de huisartsenzorg te verlagen. Bij de totstandkoming van MTVP gaat het om een combinatie van maatregelen, zoals taakherschikking, optimalisatie van de praktijkvoering, samenwerking met andere zorgprofessionals en met het sociaal domein en digitalisering. Daarnaast wordt vanuit het Coalitieakkoord ingezet op het opleiden van meer huisartsen in samenhang met het creëren van meer opleidingsplekken verspreid over het land. De beoogde groei van de kaders huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en daarnaast de specifiek beschikbaar gestelde middelen vanuit het coalitieakkoord voor MTVP en (sectorale) transitie middelen, bieden partijen ruimte om structureel in alle regio's MTVP te realiseren.

- Huisartsen, regionale huisartsenorganisaties en zorgverzekeraars zijn voornemens om de beschikbare ruimte zo goed mogelijk in te zetten voor de realisatie van MTVP. Een voorwaarde daarvoor is dat er goede plannen aan ten grondslag liggen. Om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te ondersteunen bij de gezamenlijke afspraken over MTVP spreken LHV, InEen en ZN af een leidraad te ontwikkelen op basis van eerdere ervaringen en evaluaties. Het is belangrijk dat deze leidraad in goede verbinding staat met het huidige versnellingsstraject MTVP (uitgevoerd i.h.v. het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019-2022), zodat de inzichten in goed overleg kunnen worden meegenomen. Daarmee is het streven om de leidraad per 1 januari 2023 gereed te hebben. In de leidraad wordt beschreven welke mogelijkheden, knelpunten, successen, randvoorwaarden en openstaande vragen er zijn en welke verantwoordelijkheden daarbij horen. Huisartsen, regionale huisartsenorganisaties en zorgverzekeraars committeren zich eraan dat deze leidraad gevolgd wordt bij gesprekken over en contractering van MTVP per 2023.
 - Huisartsen, regionale huisartsenorganisaties en zorgverzekeraars maken vanaf 2023 concrete afspraken over MTVP om voor elke patiënt passende tijd te organiseren, waarvan regionaal en lokaal bekeken wordt welke combinatie van maatregelen daarvoor het meest effectief is.
 - Als vervolg op de leidraad onderzoeken partijen met de NZa of het mogelijk is om per 2024 MTVP op een structurele manier in de bekostiging in te bedden en hoe de komende jaren de gewenste effecten en inhoudelijke en financiële ontwikkeling van MTVP, die worden uitgewerkt in de leidraad, zichtbaar kunnen worden gemaakt vanaf 2024.
 - *[NB: partijen zijn nog in gesprek over een aanvulling op de afspraken over MTVP die de huisartsen meer houvast/concreetheid biedt.]*
- b) Aanvullend onderzoeken partijen de mogelijkheden om de beschikbare capaciteit van andere zorgverleners in de eerste lijn optimaal te benutten om de stijgende zorgvraag op te vangen en beschikbare competenties beter te benutten.
 - c) Partijen onderzoeken de betere inzet van de expertise van het apothekersteam, op een manier en de plaats die aansluit bij richtlijnen en bij de behoeften van patiënten.
 - d) De LHV, KNMP, ZN, de Patiëntenfederatie en VWS werken uit wat er nodig is om het apothekersteam in staat te stellen de huisarts te ontlasten door het optimaliseren van de farmaceutische zorgfunctie. Zij maken over bovenstaande punten aanvullende afspraken in het voorjaar van 2023 via het Bestuurlijk Overleg Extramurale Farmaceutische zorg.
 - e) Activiteiten rondom de rol van paramedische disciplines in substitutie, preventie, triage en diagnostiek, waaronder het actieprogramma en het opzetten van een kennis- en implementatiecentrum, worden voortgezet. Hierbij worden andere disciplines, zoals huisartsen en tweedelijns zorgverleners, betrokken.
 - f) De pilot directe doorverwijzing vanuit de fysiotherapeut wordt, op voorwaarde van een positieve papieren pilot in 2022, in 2023 in de praktijk getoetst. Hierover worden afspraken gemaakt tussen KNGF, PPN, ZN, Patiëntenfederatie, FMS (NOV), LHV, InEen en VWS.
 - g) Voor de medisch-generalistische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking op het snijvlak van Zvw en Wlz werken LHV, VGN, NVAAG, V&VN en ZN verder in het verlengde van het convenant Randvoorwaarden en facilitering van medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking.
 - h) Voor de medisch-generalistische zorg aan kwetsbare ouderen thuis en in woon-zorgsettings, op het snijvlak van Zvw en Wlz, maken LHV, InEen, Verenso en de Patiëntenfederatie een beschrijving van de gewenste kwaliteit van zorg. Deze partijen leggen vervolgens samen met

ActiZ, Zorgthuisnl, V&VN en ZN in een convenant vast welke randvoorwaarden en facilitering hiervoor gerealiseerd worden. VWS stimuleert en faciliteert de totstandkoming van de benodigde afspraken.

- i) In beide trajecten wordt gewerkt aan passende antwoorden op vraagstukken rond medische eindverantwoordelijkheid, regiebehandelaarschap en de beschikbaarheid van de expertise van de SO en arts VG bij acute zorgvragen.

4. Over organiseren en samenwerken

- a) Lopende inzet op versterking van de organisatiegraad binnen de verschillende beroepsgroepen op wijk- en regioniveau wordt voortgezet, waaronder de afspraken rondom de herkenbare en aanspreekbare teams binnen de wijkverpleging en versterking van de organisatiegraad in de paramedische zorg en farmaceutische zorg. Een impuls hiervoor blijft ook in de komende jaren nog nodig. Voor de doorontwikkeling van de organisatiegraad van de paramedische zorg worden bestaande netwerken versterkt en uitgebreid. Aanspreekpunten per beroepsgroep zijn onmisbare bouwstenen om te komen tot een betere totale organisatie van de eerstelijnszorg als geheel. Hierover worden afspraken gemaakt tussen KNGF, PPN, ZN, Patiëntenfederatie, Actiz, Zorgthuisnl, V&VN, InEen, LHV en VWS.
- b) In de beweging naar Passende zorg dienen de patiëntstromen zo optimaal mogelijk te worden vormgegeven. Een betere doorstroom in de keten is hiervoor essentieel. Regionale coördinatie kan hieraan een bijdrage leveren. Daarom spreken partijen af dat regionale coördinatie van (sub)acute zorg en herkenbaar en aanspreekbare wijkverpleging verder wordt uitgebouwd. Vanuit de VVT zijn in de meeste regio's regionale coördinatiefuncties opgezet voor tijdelijk verblijf in de vorm van eerstelijnsverblijf. In enkele regio's is de scope verbreed met ook crisiszorg, Covid (na)zorg, Wlz respijtzorg en acute wijkverpleging.
 - In samenwerking tussen ziekenhuis, huisartsenzorg en VVT worden deze coördinatiefuncties doorontwikkeld tenzij regionale andere afspraken worden gemaakt. In de regio wordt bepaald welke partij aanspreekbaar is om de coördinatie vorm te geven, dit is een van de regionale zorgpartijen in nauwe afstemming met de (marktleider) zorgverzekeraars. Deze uitwerking wordt afgestemd met ontwikkelingen in de (coördinatie van) ANW-zorg in de Wlz en het voornemen om een vereenvoudiging aan te brengen in de betaaltitels voor tijdelijk verblijf (WOZO).
 - Bij de verdere vormgeving wordt onderzocht of combinatie van coördinatie (sub)acute zorg en aanspreekbare en herkenbare wijkverpleging mogelijk en/of wenselijk is. Voor de zomer van 2023 dient hier helderheid over te zijn. Vaststaat dat bij de inrichting van de coördinatie, in welke vorm dan ook, dat te allen tijde inzicht is in de capaciteitsinformatie van verblijfsfuncties, welke met de relevante partijen gedeeld wordt.
 - In deze doorontwikkeling wordt eveneens gewerkt aan het opstellen van samenwerkingsafspraken om te komen tot herkenbare en aanspreekbare teams in de wijk conform de landelijke vastgestelde 'leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging'. Hiermee wordt onder andere de onderlinge afstemming en coördinatie verbeterd en overzicht gecreëerd over wie welke capaciteit en specialismes beschikbaar heeft zodat voor zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars duidelijk is wie ze kunnen benaderen voor de wijkverpleging.
 - Zorgcoördinatie vraagt om een bijpassend inkoopmodel, waarin geborgd is dat deze functies effectief en kostendekkend wordt ingekocht; zowel inhoudelijk (kwaliteit, vormgeving en toegankelijkheid) als ook financieel doelmatig. Als blijkt dat de realisatie van deze coördinatie binnen de bestaande kaders van wet- en regelgeving niet goed tot stand komt, zal VWS onderzoeken of aanpassing van wet- en regelgeving noodzakelijk en mogelijk is.
- c) VWS, ZN, LHV en InEen en de VNG spannen zich in om tot werkbare afspraken en een handreiking te komen over het oplossen van huisvestingsproblematiek van huisartspraktijken en gezondheidscentra, waar betaalbare huisvesting niet beschikbaar is, de bestaande huisvesting inadequaat is of nieuwe voorzieningen nodig zijn om de visie op de eerste lijn te realiseren.

5. Over inhoud en kwaliteit van zorg

- a) Het traject 'passende aanspraak fysiotherapie en oefentherapie' wordt voortgezet. In het verlengde van de doelgroepen en doelen van dit IZA (of WOZO) kan er ook aandacht nodig zijn voor de verzekerde aanspraken van andere paramedische beroepsgroepen.
- b) De Handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis wordt breed geïmplementeerd. Binnen het WOZO is ruimte voor implementatieondersteuning tot 2026. Via Versterking organisatie eerstelijnszorg werken we aan de randvoorwaarden voor structurele borging, waaronder bekostiging van afstemming en coördinatie. Het advies dat de NZa hierover in het najaar van 2022 zal uitbrengen vormt de basis voor verdere stappen.
- c) De Handreiking Netwerksamenwerking en gezamenlijk indiceren in de wijk wordt breed geïmplementeerd. V&VN, VNG, ZN en VWS stimuleren en faciliteren vanuit landelijk niveau de lokale implementatie en werken aan de realisatie van randvoorwaarden voor borging in de praktijk.
- d) LHV, FMS, NVZ en ZN zetten zich de komende jaren in op bredere implementatie van goede voorbeelden van zorg op het snijvlak van eerste en tweede lijn (anderhalvelijnszorg, JZOJP). Partijen maken hiervoor een gezamenlijk plan dat uiterlijk in het voorjaar van 2023 wordt vastgesteld door alle betrokken partijen. Hiervoor wordt onder leiding van VWS (en NZa) een proces ingericht. Ook bij dit onderwerp wordt een analyse gedaan van de rol van regelgeving en financiering bij het borgen en opschalen van goede voorbeelden.
- e) De lopende programma's voor onderzoek en kwaliteitsontwikkeling in de eerstelijnszorg krijgen een passend vervolg tot 2026. Dit vervolg zal worden afgestemd met de relevante beroepsgroepen en patiëntenorganisaties.
- f) VWS onderzoekt, in overleg met betrokken partijen, of en zo ja, hoe investeringen in onderzoek en kwaliteit daarna structureel geborgd kunnen worden. We versterken daarbij ook de samenhang tussen deelprogramma's.
- g) Binnen de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019-2022 is het programma 'Digitale gegevensuitwisseling Paramedische zorg' opgezet. Partijen zijn het erover eens om dit programma uit te voeren. Bij beschikbare financiering vanuit gegevensuitwisseling kan dit programma gerealiseerd worden.
- h) Met de LHV, InEen, ZN en VNG en andere relevante partijen worden afspraken gemaakt ter versterking van samenwerking en samenhang tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein, zoals bijvoorbeeld door 'Welzijn op recept'.

6. Over de inzet van de incidentele middelen voor Versterking organisatiegraad basiszorg uit het coalitieakkoord

- a) VWS stelt tot en met 2026 middelen beschikbaar voor een stimuleringsprogramma voor de (door)ontwikkeling van samenwerking en organisatie in de eerstelijnszorg. Het stimuleringsprogramma gaat op 1 januari 2023 van start. Via het stimuleringsprogramma kan elke regio een beroep doen op middelen, met name voor inzet van menskracht. Ook wordt via het stimuleringsprogramma inzet van expertise rond organisatie en samenwerking beschikbaar gesteld. De uitwerking van programmaonderdelen en subsidievoorwaarden sluit aan bij de ontwikkeling van de visie en het plan van aanpak en loopt parallel.
- b) VWS stelt middelen beschikbaar voor flankerende opdrachten die nodig zijn om het plan van aanpak voor te bereiden en te realiseren.

Bijlage F Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz

Onderstaande tekst is opgesteld door de themagroep (deNLggz, ZN, VNG, SWN, LHV, MIND, InEen, VWS)

Inleiding

Veel mensen krijgen ergens in hun leven te maken met psychische klachten. Deze klachten kunnen ontstaan door (combinaties van) veel factoren zoals genetische aanleg, grote levensgebeurtenissen, gezinsproblematiek, het hebben van schulden, problemen met wonen en dagbesteding en – in de afgelopen jaren - de effecten van de coronacrisis. In sommige gevallen hebben mensen met psychische klachten hulp nodig. Zij doen daarvoor een beroep op ondersteuning en zorg in het sociaal domein, de huisartsenzorg en de ggz. Het aantal patiënten dat een beroep doet op voorzieningen binnen het sociaal domein, de praktijkondersteuner ggz van de huisarts en/of de basis- of specialistische ggz stijgt – met uitzondering van ‘coronajaar’ 2020 – al jaren.^{44,45}

De toenemende vraag in combinatie met een schaarste aan personeel zet de ondersteuning en zorg aan mensen met psychische klachten vanuit het sociaal domein, huisarts en ggz onder hoge druk. De instroom, doorstroom en uitstroom in de specialistische ggz loopt niet soepel. Een van de effecten hiervan is dat er lange wachttijden bestaan voor de specialistische ggz, waardoor huisartsen lang verantwoordelijk zijn voor mensen met een complexe ggz-hulpvraag. Professionals in het sociaal domein ervaren een toename van mensen met complexe problematiek die niet of niet tijdig in behandeling kunnen komen. Dit is niet bevorderlijk voor de hulpvrager, noch voor de kwaliteit van zorg en het werkplezier en de werkdruk van professionals. Tegelijkertijd zien we dat de ggz zich nog te vaak richt op ‘lichte’ hulpvragen, die (deels) ook buiten de ggz opgepakt kunnen worden. Ook is het in de praktijk vaak moeilijk om – bijvoorbeeld bij de triage – snel de juiste expertise te organiseren. Kortom: er is nog lang niet in alle gevallen sprake van de juiste zorg of ondersteuning op de juiste plek. Een van de oorzaken hiervan is dat de samenwerking in de driehoek sociaal domein – huisarts/POH-ggz – ggz nog niet altijd en overal optimaal verloopt. Op sommige plekken in het land zien we reeds wat een goede samenwerking binnen deze driehoek kan opleveren. We zien echter ook dat deze samenwerking veel vraagt van partijen en dat het systeem niet altijd stimulerend werkt.

De gezamenlijke opgave is dus om de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische klachten anders en beter te organiseren (dichtbij, digitaal waar het kan, via zelfhulpmodules tenzij, zo vroeg mogelijk en in samenhang) zodat we ook in de toekomst kwalitatief goede ondersteuning en zorg kunnen blijven verlenen. Dit vraagt een betere domeinoverstijgende samenwerking tussen het sociaal domein, huisartsenzorg en de ggz, waardoor mensen eerder passende ondersteuning en zorg kunnen ontvangen. Hierbij moet ook oog zijn voor een stevige ‘sociale basis’: niet altijd is professionele ondersteuning of zorg immers het meest passende antwoord op een hulpvraag.

Afspraken

1. Versterken sociaal domein en sociale basis

Doel: Bij een hulpvraag kijken we naar de mogelijkheden van eenieder, waarbij de regie over het eigen leven centraal staat. Dit doen we met behulp van het netwerk van naasten en professionals en met inzet van de mogelijkheden die er zijn in de wijk en digitaal in e-communities. In nauwe samenwerking met zorg- en welzijnsorganisaties en in directe verbinding met de huisarts.

- a) We maken afspraken over landelijke implementatie van een passende regionale werkwijze die zorg en welzijn verbindt voor mensen met psychische klachten in de komende 5 jaar.

Voorbeelden: Welzijn op Recept 2.0, Welzijn op consult, Wally, Regionale cliëntenorganisaties in de ggz.

- b) We maken de afspraak om in de komende 5 jaar te komen tot een landelijk dekkend netwerk:
- o van laagdrempelige steunpunten (waar iedere inwoner toegang tot heeft): gerund door vrijwilligers en ervaringsdeskundigen, ondersteund door sociaalwerkers en met een link/ aanspreekpunt naar huisartsen en ggz-professionals.
 - o Van digitale lotgenotengroepen (e-communities)

In het begeleidende proces zijn de volgende actoren betrokken: VWS, VNG, SWN, MIND, i.s.m. deNLggz, ZN, LHV, InEen. Monitoring en governance van de afspraken wordt ontwikkeld vanuit het

⁴⁴ [Stijging gebruik voorzieningen binnen sociaal domein tot en met 2019, maar niet alle kwetsbare groepen zijn goed in beeld | Nieuwsbericht | Sociaal en Cultureel Planbureau \(scp.nl\)](#)

⁴⁵ [Kerncijfers ggz | Geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) en forensische zorg \(fz\) | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)

plan/werkagenda sociaal domein-ggz, in aansluiting op de monitor psychische problematiek. Bij de uitwerking van deze afspraken wordt aangesloten bij het IZA thema preventie en leefstijl.

In de werkgroep zijn de volgende randvoorwaarden naar voren gekomen, hiervoor moet bestuurlijke besluitvorming in het IZA plaatsvinden:

- Er moet helderheid komen binnen welke financiële kaders deze doelstellingen gerealiseerd kunnen worden, en hoe eventuele middelen geïmplementeerd kunnen worden
- Financiering kan benut worden voor een nog te vormen plan/werkagenda⁴⁶ sociaal domein- ggz van waaruit projecten kunnen worden opgezet t.b.v. versterken veerkracht en zelfredzaamheid van mensen met psychische klachten, en lering getrokken worden uit goede voorbeelden.
- Laagdrempelige steunpunten kunnen tot besparingen elders leiden. Dit vraagt wel om meer inzet van professionals uit het sociaal domein en daarmee structurele financiering (zie afspraken)
- Ruimte (juridisch en qua bekostiging) in de transitieperiode in de Wmo om invulling te geven aan de hier genoemde afspraken en activiteiten.
- Bindende bestuurlijke afspraken voor burger-gestuurde herstel- en zelfregievoorzieningen in iedere gemeente.

2. Het verbeteren van de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz-zorg

Doel: door in te zetten op het voeren van multidisciplinaire (zorg & welzijn) intakegesprekken, het inzetten van consultatie & overleg tussen de domeinen voor individuele cliënten, digitalisering en e-gegevensuitwisseling, het opzetten van regionale duurzame structurele samenwerkingsvormen en samenwerking gedurende een traject van een cliënt met een ondersteunings- of zorgvraag, ervaart de cliënt een verbetering van de samenwerking tussen huisarts, ggz en sociaal domein. Hierdoor wordt zijn/haar hulpvraag sneller op de juiste plek opgepakt en vindt een significante afname van de instroom in de ggz plaats. Professionals ervaren minder werkdruk door een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling en meer werkplezier, omdat zij snel en laagdrempelig de juiste expertise kunnen inschakelen. Ook in zorg- en ondersteuningstrajecten blijft de eigen regie van de inwoner belangrijk.

De komende 4 jaar realiseren we dat bij tenminste 80% van de huisartsenpraktijken voor de leeftijdsgroep 18 – 100 jaar de volgende afspraken zijn ingezet t.b.v. passende zorg:

- a) In 2023 en 2024 wordt toegewerkt naar een zo uniform mogelijke en bij de regio passende werkwijze (en organisatie), gericht op samenwerking tussen huisartsenzorg, ggz zorg en sociaal domein bij triage en samenwerking tijdens en na zorg- en ondersteuningstrajecten. Dit wordt ondersteund d.m.v. een leernetwerk in samenwerking met partijen, door ondersteuning van AKWA ggz. Zo borgen we duurzame samenwerkingsafspraken tussen huisartsenorganisaties, ggz organisaties en het sociaal domein. In de samenwerkingsafspraken wordt vastgelegd hoe en wanneer de domeinen elkaar consulteren (ook rondom een individuele client) en van elkaars expertise gebruik kunnen maken. Daarmee is dan o.a. direct contact mogelijk met behandelaren van patiënten door huisartsen. Voorbeelden: mentale gezondheidscentra van Breburg, GEM-initiatieven in Deventer en Doetinchem, netwerkpsychiatrie.
- b) Vanaf 2025 wordt het verkennende gesprek het uitgangspunt voor een (voorgenomen) verwijzing van patiënten met ggz problematiek én problemen op andere levensdomeinen door de huisarts naar de ggz.⁴⁷ Daarbij is de ambitie dat de patiënt door de ggz professional binnen 1 week wordt gezien. De huisarts blijft de verwijzer. De inhoud van- en de route ná het verkennende intakegesprek geldt niet voor alle verwijzingen en wordt nader uitgewerkt.⁴⁸
- c) Inzet voor lichte problematiek is digitaal waar het kan/ via zelfhulpmodules tenzij (van preventie tot basis-ggz).

⁴⁶ Nader uit te werken in de samenwerkingsagenda VNG/ZN en in samenwerking met SWN, Mind, deNLggz, VWS

⁴⁷ Voor cliënten met monodisciplinaire ggz-vraag verwijst de huisarts direct naar de juiste behandelaar. In het leernetwerk van Akwa wordt gekeken voor welke doelgroepen deze centra meerwaarde hebben.

⁴⁸ Er wordt geen onderscheid gemaakt in doelgroepen. De huisarts beoordeelt of multidisciplinaire triage van meerwaarde is.

- d) De regionale bereikbaarheid van ggz buiten kantooruren wordt voor mensen met psychische problemen en naasten in relatie tot druk bij huisartsenposten geregeld. Per 2024 is geregeld dat de grootste geïntegreerde zorgaanbieder in de regio de leiding neemt dit te organiseren. *(Dit heeft raakvlakken met het IZA thema regionale samenwerking, passage regionale systeemfuncties)*

Kerninstellingen, huisartsen en sociaal domein zijn voor bovenstaande afspraken primair aan zet. Zonder commitment VNG/gemeenten zullen de samenwerkingsafspraken zich vooral beperken tot de huisartsenzorg en ggz. Het uitwerken van bekostigingsvraagstukken bij domeinoverstijgende samenwerking zal dan beperkt kunnen plaatsvinden.

Daarnaast zijn de volgende actoren betrokken in begeleiding van het proces: deNLggz, ZN, VNG, LHV, InEen, MIND, SWN, VWS i.s.m. beroepsgroepen (ggz). Monitoring van deze afspraken wordt jaarlijks in kaart gebracht, waarbij gekeken wordt of verandering tot stand komt en welk effect wordt ervaren. Deze uitkomsten worden besproken in volgende bestuurlijke ggz-overleggen. Ook de governance van deze afspraken wordt nog nader vormgegeven.

In de werkgroep zijn de volgende randvoorwaarden naar voren gekomen, hiervoor moet bestuurlijke besluitvorming in het IZA plaatsvinden:

- Structureel:
 - Landelijke consultatieregeling ggz, betaaltitel inzet expertise oa aan de voorkant, financiering coördinatie, contractafspraken ureninzet ggz, aandacht voor duurzame samenwerkingsafspraken bij contractering.
 - Om netwerkgz vanuit de poh-ggz mogelijk te maken is volgens de huisartsen een intensivering van het aantal uren poh-ggz per normpraktijk voor netwerkgz (+4 uur) nodig.
- Middelen incidenteel: 1) Transformatiemiddelen voor de opstart van de verkennende-/samenwerkende teams en het maken van duurzame samenwerkingsafspraken (domeinoverstijgend). 2) Investeringsmiddelen voor e-health om laagdrempelige zorg beschikbaar te maken.
- Het realiseren van digitale ondersteuning (e-health) moet zorgvuldig worden ondersteund en gemonitord. *(Dit sluit aan bij IZA thema digitalisering en gegevensuitwisseling)*
- Consultatiefunctie en (deel) verkennende gesprekken: financiering via een nieuwe prestatie vanuit het huisartsen kader zodat deze is vrijgesteld van eigen risico.

3. Wettelijke en financiële mogelijkheden domeinoverstijgende samenwerking

Doel: Bij de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz is van belang dat inzichtelijk wordt gemaakt voor welke taken welke bekostiging (passende betaaltitels) nodig is, in aanvulling op het traject dat voor de consultatiefunctie reeds is opgestart. Nieuwe vormen van bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking vragen om (IZA-brede) bestuurlijke besluitvorming. Projecten als de consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein, de coördinatiefunctie en bekostiging van de levensloopaanpak voor beveiligde zorg worden hierin meegenomen. Voor de consultatiefunctie is inmiddels een richtinggevend besluit genomen waarbij wordt toegewerkt naar een aparte declarabele prestatie voor de consultatiefunctie per 2024. In de komende maanden worden deze randvoorwaarden verder uitgewerkt. Wenselijke datum inwerkingtreding van eventuele nieuwe vormen van domeinoverstijgende bekostiging is 1-1-2024/2025 (afhankelijk van eventuele wetswijzigingen en doorlooptijden van behandeling in het parlement)

Afspraak: VWS ondersteunt de ambitie die spreekt uit het Integrale Zorgakkoord om domeinoverstijgende samenwerking te intensiveren. Daartoe stelt VWS een werkgroep met relevante partijen in die [uiterlijk datum] met voorstellen komt met oplossingen voor de hier boven genoemde knelpunten. Samen met andere onderwerpen van contractering en domeinoverstijgende bekostiging is dit in dit integrale zorg akkoord verder uitgewerkt in de hoofdstukken contractering en domeinoverstijgende bekostiging.

Primair moeten VWS i.s.m. NZa, ZINL, ZN en VNG hiervoor zorgdragen.

Bijlage G Preventie en leefstijl

Preventie en leefstijl

Inleiding

Gezondheid is een breed begrip. Het betreft het fysieke, mentale én maatschappelijk welzijn van mensen en wordt voor een groot deel beïnvloed door de leefomgeving, het (kunnen) toepassen van een gezonde leefstijl, (mentale) gezondheidsvaardigheden en de mate waarin iemand mee kan doen in de samenleving. Daarbij staan fysieke en mentale gezondheid in wisselwerking met elkaar. De zorgpartijen, voelen zich er gezamenlijk voor verantwoordelijk om mensen met een gezondheidsklacht, psychische kwetsbaarheid, aandoening of ziekte, te helpen op een zo gezond mogelijke wijze te laten leven en daarbij gezondheidsachterstanden terug te dringen.

Een gezonde leefstijl in de breedste zin van het woord met aandacht voor een gezonde leefomgeving, vanaf het prille begin van het leven, zal onderdeel moeten gaan uit maken van het dagelijks leven van burgers. Indien daarbij ondersteuning nodig is, is het publieke of sociale domein daarvoor de eerst aangewezen plek. De bijdrage vanuit de Zvw-verzekerde zorg ligt op de inzet op geïndiceerde preventie (mensen met verhoogd risico op ziekte), zorggerelateerde preventie (patiënten), het versterken van gezondheidsvaardigheden en zelfzorg, leefstijl als (onderdeel van de) behandeling en de verbinding met de gemeentelijke domeinen. Hierop inzetten draagt bij aan het kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg.

Ketenafspraken preventie en leefstijl

Partijen willen bijdragen aan een (mentaal en fysiek) gezonde samenleving door gelijkgericht te werken aan preventie en leefstijl. Zij streven naar een goede, soepele samenwerking over de domeinen heen en maken daartoe de volgende afspraken.

Preventie-infrastructuur

- a) Zorgverzekeraars en gemeenten maken aan de hand van een regiobeeld en -plan (met regionale gezondheidsdoelen) zo snel mogelijk, maar **uiterlijk 1 januari 2025** niet-vrijblijvende regionale samenwerkingsafspraken over gezondheidsbevordering van de populatie als geheel en specifiek voor risicogroepen (bijvoorbeeld mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, met psychische kwetsbaarheid, ouderen met valrisico, mensen met een gok-, drugs- of alcoholverslaving, kinderen en volwassenen met overgewicht) en patiënten. Bij het maken de afspraken betrekken zij de zorg- en welzijnsaanbieders en professionals uit het sociale en publieke domein.
- b) Daarnaast richten zorgverzekeraars en gemeenten met ingang van **1 januari 2024** de volgende ketenaanpakken in: kansrijke start, valpreventie bij ouderen, aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen, de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht van volwassenen en welzijn op recept. Hierover worden (bijv. in een addendum) nadere bestuurlijke afspraken gemaakt. VWS en NZa zijn verantwoordelijk voor de daarvoor benodigde tijdige aanpassing van de relevante regelgeving.
- c) Zorgverzekeraars en gemeenten benutten daarbij de bestaande werkstructuur tussen zorgverzekeraars en gemeenten, regionale preventiecoalities, GGD-en, (thuiszorg)zorginstellingen, patiënten-, cliënten- en naastenorganisaties en kennisinstellingen zoals Topfit, Health Hub Utrecht, Preventie Overleg Groningen, Slimmer Leven Brainport Regio en de Friese Preventieaanpak. Daarnaast hebben zij aandacht voor de inzet van e-health, bijvoorbeeld ter versterking van zelfhulp en gezondheidsvaardigheden en ter vervanging van face to face contact.
- d) VWS jaagt de totstandkoming van deze afspraken aan door het organiseren van landelijke implementatie-overleggen en financiert de landelijke en regionale monitoring van de invoering en het effect van de genoemde netwerkaanpakken. In 2023 wordt de monitoring verder vormgegeven, mede op basis van diverse bestaande monitors.
- e) Om de uniformiteit en effectiviteit van het aanbod van ketenaanpakken ter bevordering van de gezondheid te verbeteren, gaat het Zorginstituut binnen haar taak als pakketbeheerder tevens op verzoek adviseren over de benodigde inzet vanuit de gemeentelijke domeinen. In de eerste

helpt 2023 worden de uitkomsten hiervan opgeleverd. Tevens krijgt het Zorginstituut extra capaciteit.

Netwerkstructuur professionals

- a) Zo snel als mogelijk, maar uiterlijk 1 januari 2025 richten de partijen een regionale netwerkstructuur in waarin professionals uit de gemeentelijke domeinen en zorgprofessionals in de eerste, tweede en derdelijn samenwerken. Deze structuur sluit aan bij de in te richten regionale preventie-infrastructuur.
- b) Binnen deze netwerkstructuur worden mensen uit risicogroepen en patiënten op leefstijl geïdentificeerd en waar nodig toe geleid naar passende leefstijlinterventies en andere preventieve interventies, waaronder op het terrein van mentale gezondheid.
- c) De preventieve of leefstijlinterventie vindt voor zover mogelijk buiten de zorg plaats (eigen regie, initiatieven vanuit de patiënten-, cliënten- en naastenbeweging en/of gebruik maken van gemeentelijk aanbod). Als de preventieve (leefstijl)interventie (deels) binnen de zorg wordt aangeboden, vindt dit zo laagdrempelig mogelijk plaats: eerstelijns waar het kan, tweede en/of derdelijn waar het moet. De interventie wordt zoveel als mogelijk in de wijk van de patiënt aangeboden.
- d) Zorgverzekeraars, gemeenten, eerste, tweede en derdelijnszorgaanbieders, inclusief ggz-aanbieders, patiënten-, cliënten- en naastenorganisaties, en andere relevante partijen, maken hierover gezamenlijk afspraken. Zij spreken daarbij af wie verantwoordelijk is voor de structurele inbedding.

Kennisontwikkeling

- a) De bestaande regionale kennisfunctie en innovatie- en organisatiekracht van de umc's op het gebied van preventie in de zorg en leefstijl wordt versterkt en benut door het brede zorgveld en waar passend ook door het sociaal domein in de regio. Ook ziekenhuizen en GGZ pakken waar mogelijk deze rol op.
- b) De kennisfunctie van de GGD-en wordt versterkt zodat zij gemeenten inhoudelijk kunnen ondersteunen bij het ontwikkelen van hun aanpak.
- c) Er wordt gestreefd naar optimale samenwerking tussen en afstemming met de hierboven genoemde partijen om de kennis, ervaring en kracht in de regio te benutten. Hierbij worden bestaande kenniscoalities zoals Lifestyle4Health, PON, Alliantie Voeding in de Zorg, de patiënt-, cliënt- en naastenorganisaties, (ggz)-aanbieders in de eerste, tweede en derde lijn, ziekenhuizen en zelfstandige klinieken betrokken.

Passende bekostiging

- a) Samenwerking met de gemeentelijke domeinen vraagt om een passende bekostiging voor:
 - o Project- en coördinatiekosten van de preferente zorgverzekeraar die gepaard gaan met het opstellen van een regionaal plan met gemeenten ten aanzien van preventie en gezondheidsbevordering;
 - o Project- en coördinatiekosten van zorgprofessionals/zorgaanbieders die gepaard gaan met de netwerkstructuur (bijvoorbeeld leefstijlzorgloketten) en het regionaal en lokaal implementeren van ketenaanpakken gericht op gezondheid;
 - o In regionaal verband samen met gemeenten experimenteren met kansrijke aanpakken op het grensvlak van het medische en publiek/sociale domein.
- b) VWS en ZN werken een voorstel uit voor een passende bekostigingswijze (zowel voor de korte als langere termijn). Hierbij wordt ook gekeken naar de benutting van de O&I-middelen die onder meer bedoeld zijn voor domeinoverstijgende samenwerking in de eerste lijn.

Afspraken vanuit of in het Zvw- domein

Partijen die werkzaam zijn in het Zvw-domein streven ernaar dat uiterlijk **1 januari 2025** de inzet op gezonde leefstijl integraal onderdeel uitmaakt van de reguliere zorg voor mensen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte (risicogroepen en patiënten). Inzet op gezonde leefstijl wordt hierbij ruim opgevat. Dit omvat onder meer de screening op leefstijl en fysieke en mentale kwetsbaarheid, het verwijzen naar of het aanbieden van concrete leefstijlprogramma's, het wijzen

op passende welzijnsactiviteiten en schuldhulp, het toepassen van brede gezondheidsconcepten en het geven van advies over gezonde voeding, mentale gezondheidsvaardigheden, stressreductie, emotieregulatie en coping bij stress en voldoende slaap (en kan zowel digitaal, hybride als fysiek plaatsvinden). Van belang is dat zorgprofessionals met een brede blik naar de patiënt kijken, met aandacht voor de wijk waarin de patiënt woont. Partijen maken daartoe de volgende afspraken.

Inzet en veranderopgave algemeen

- a) Elke partij (niet VWS) beschrijft uiterlijk **1 juli 2023** welke inzet en veranderopgave voor hem/haar specifiek nodig is om de gewenste beweging naar inzet op gezondheid (waaronder bovengenoemde doelstelling) te creëren en borgt dat binnen zijn eigen achterban.
- b) Partijen betrekken daarbij:
 - o De gezondheidsdoelen zoals opgenomen in het Preventieakkoord en de VWS-missie voor het Topsectorenbeleid op het terrein van:
 - rookvrije generatie, kansrijke start, overgewicht en obesitas, alcoholgebruik, gezonde voeding richtlijnen en beweegrichtlijnen, mentaal gezonde generatie;
 - leven in goede gezondheid en terugdringen gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaaleconomische groepen (30%), afname ziektelast als gevolg van ongezonde leefstijl en leefomgeving.
 - o De volgende aanvullende meer specifieke doelen:
 - In 2030 is het aantal mensen dat professionele hulp zoekt voor depressieve klachten met 30% verminderd.
 - Voor mentale gezondheid worden **in 2022** gezondheidsdoelen geformuleerd in overleg met veldpartijen op basis van het plan van aanpak 'mentale gezondheid: van ons allemaal'.
- c) VWS stelt per **1 januari 2023** meerjarig middelen beschikbaar voor de uitvoering van een nader te vormen brede leefstijlcoalitie, met als doel om nationaal en regionaal regie te voeren op de inzet op gezondheid binnen en vanuit het Zvw-domein (pijlers: data en kennis, onderwijs, richtlijnen, onderzoek, implementatie en opschaling, monitoring en patiënt).

Onderzoek

- a) Het Zorginstituut werkt op basis van de verbeterde pakketcriteria voor (kosten)effectiviteit uit wat er nodig is om leefstijlinterventies binnen de Zvw te kunnen beoordelen. Deze uitwerking is in de loop van 2023 gereed. Het beoordelingskader sluit aan op de verbeterde en verbrede toets op het basispakket. Ook voor leefstijlinterventies wordt daardoor beter bekend welke informatie nodig is om te voldoen aan de pakketcriteria. Doel is dat dat ook leidt tot een snellere opname (onder voorwaarden) van effectieve leefstijlinterventies in het basispakket.
- b) Het RIVM houdt, in afstemming met het Zorginstituut, een overzicht bij van effectieve leefstijlinterventies binnen de Zvw.
- c) Er komt een gecoördineerde landelijke onderzoeksagenda leefstijlgeneeskunde voor preventieve (leefstijl) interventies en bestaand (lokaal en regionaal) onderzoek wordt met elkaar in verbinding gebracht. Hierbij zal de link gelegd worden met Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG)

Richtlijnen en onderwijs

- a) Partijen verantwoordelijk voor richtlijnontwikkeling dragen ervoor zorg dat het uitgangspunt van leefstijl (in de brede zin van het woord) als onderdeel van de behandeling - wanneer bewezen van meerwaarde -, onderdeel is van de kwaliteitsstandaarden en professionele richtlijnen. Hierbij wordt rekening gehouden met gezondheidsvaardigheden. Inzichtelijk moet zijn welke gezondheidsdoelen met de inzet van leefstijl in de behandeling worden nagestreefd (biologisch/fysiologisch, maar ook op gebied van kwaliteit van leven, mentale gezondheid, functioneren/inzetbaarheid, minder medicatiegebruik, uitstel van zwaardere zorg etc.).
- b) In de behandelrichtlijnen wordt beschreven wanneer de inzet van (en verwijzing naar) leefstijlinterventies effectief is. Denk hierbij aan prehabilitatieprogramma's als onderdeel van het behandelplan bij een operatie en aan een voedingsinterventie in de behandeling van Diabetes Type 2. Daarbij vindt de leefstijlinterventie zo laagdrempelig mogelijk plaats: met

steun van lotgenoten, in het publieke en/of sociale domein waar dit kan, en in de eerste lijn of in de tweede of derde lijn waar noodzakelijk (met behulp van e-health waar mogelijk).

- c) Richtlijnen van zorgprofessionals waarin aandacht voor gezonde leefstijl al beschreven staat, worden zo spoedig mogelijk in de praktijk toegepast. Zover als mogelijk worden leefstijladviezen in richtlijnen ook geharmoniseerd, omdat de adviezen deels generiek zijn.
- d) Het uitgangspunt van leefstijl als (onderdeel van de) behandeling - wanneer bewezen van meerwaarde -, komt in elke zorgopleiding en bijscholing (mbo, hbo, universiteit, opleiding basisarts en specialist) aan de orde. Het bijscholen van zittende professionals krijgt hierbij extra aandacht, als ook de leefstijl en gezondheid van zorgprofessionals zelf. De respectievelijke beroepsgroepen/opleidingen definiëren een minimale competentieset op dit vlak.
- e) In het Raamplan Artsopleiding zitten eindtermen op het gebied van leefstijl, preventie en positieve gezondheid verweven in de competenties. De komende jaren worden deze competenties uitgerold over de artsopleidingen.
- f) Waar relevant worden in de curricula ervaringsdeskundigen ingezet om hun inzichten te delen op het gebied van preventie, gezonde leefstijl en gezondheidsvaardigheden.

Patiënten

- a) Patiënten zijn – ook binnen het kader van hun behandeling - goed geïnformeerd over de meerwaarde van een gezonde leefstijl bij hun klacht, aandoening of ziekte, en de behandelopties die hierbij horen en worden gestimuleerd tot en ondersteund bij de gewenste gedragsverandering. Patiënten-, cliënten- en naastenorganisaties en zorgprofessionals hebben hierin een stevige rol.
- b) Voedingsaanbod voor patiënten, cliënten en bewoners van instellingen wordt verstrekt op basis van de richtlijn eetomgevingen van het Voedingscentrum (tenzij om medische redenen een alternatief dieet aan de orde is), en hierbij wordt rekening gehouden met geloofs- of levensovertuigingen m.b.t. eten.

Financiële prikkel zorgprofessionals en zorgverzekeraars

- a) Zorgverzekeraars zorgen voor passende afspraken in de contractering met zorgaanbieders, zodat zorgaanbieders een stevige financiële prikkel hebben om in te zetten op gezondheid, duurdere vormen van zorg te voorkomen (bijv. voorkomen doorverwijzing naar 2e lijn en substitutie van zorg naar de 1e of 1,5e lijn) en de verbinding te leggen met zorgprofessionals uit het sociaal en publiek domein. De ruimte binnen de huidige bekostigingssystematiek wordt hierbij door zorgverzekeraars beter benut.
 - o Indien de huidige bekostiging van de NZa leidt tot knelpunten om te komen tot meer passende afspraken, past zij de huidige bekostigingsmogelijkheden waar kan en nodig aan.
 - o Goede voorbeelden in contractering en bekostiging worden gedeeld door de NZa en ZN, zodat opschaling makkelijker en beter te realiseren is.
 - o VWS en de NZa kijken op welke wijze bekostiging op basis van uitkomsten mogelijk kan worden gemaakt en verkennen de mogelijkheden om daarbij gezondheidsdoelen te betrekken.
 - o In de onderzoeken naar de werking van de risicoverevening wordt ook gekeken naar de relatie met passende zorg. ZINL voert op dit moment een onderzoek uit naar of, waar en in welke mate de risicoverevening een belemmerende werking kan hebben op het leveren van passende zorg (en preventie). VWS zal afhankelijk van de aanbevelingen van ZINL zo nodig vervolgonderzoek naar of het systeem aanpassingen behoeft in gang zetten

Randvoorwaarden

- a) De zorgpartijen en VWS vinden het van groot belang dat in eerste instantie vooral buiten het domein van de Zvw-zorg gewerkt wordt aan het voorkomen van gezondheidsproblemen door vanuit breed maatschappelijk perspectief gezamenlijk te werken aan gezondheid. Hierbij ziet VWS voor zichzelf een belangrijke aanjagende rol om andere departementen

gezondheidsbevordering mee te laten nemen in de overwegingen voor beleidskeuzes. Het gaat daarbij in elk geval om:

- o Gezondheidsdoelstellingen ook een plek geven in landelijk, regionaal en lokaal overheidsbeleid, in landelijke doelstellingen en bestuurlijke afspraken. Naast zorg en welzijn, speelt dit met name op de domeinen leef- en woonomgeving, sociale omgeving, werkomgeving, industrie en onderwijs (health in all policies).
- o Het terugdringen van gezondheidsachterstanden.
- o Zorg- en ondersteuningsvragen worden zo veel als mogelijk gedemedicaliseerd en buiten de zorg van een passend antwoord voorzien, waaronder binnen de gemeentelijke domeinen.
- Om de inzet op gezondheid vanuit en binnen de Zvw-verzekerde zorg effectief te laten zijn, gelden de volgende randvoorwaarden:
 - o Inzet op gezondheid vraagt om een integrale aanpak zowel binnen het domein van de Zvw als tussen het domein van de Zvw en de gemeentelijke domeinen. De arbocuratieve zorg kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Aansluiten bij de leefwereld, sociale context en drijfveren van mensen over gezondheid is hierbij van belang.
 - o Versteving van het gemeentelijke gezondheids- en welzijnsaanbod en aansluiting hiervan op het Zvw-domein (o.a. gemeentelijke sociale kaart), is daarom een randvoorwaarde om effectieve preventieketens over de domeinen neer te kunnen zetten.
 - o Daarvoor is een stevige preventie infrastructuur (binnen het domein van de Zvw en tussen het domein van de Zvw en de gemeentelijke domeinen) op regionaal niveau, ook wat betreft kennis en data, noodzakelijk. Passende financiering voor regionale project- en coördinatiekosten van gemeenten, zorgverzekeraars en zorgprofessionals maakt daar onderdeel van uit.
 - o Bekostiging op basis van uitkomsten voor de gezondheid wordt mogelijk gemaakt en de mogelijkheid om daarbij gezondheidsdoelen te betrekken wordt nader verkend.
 - o Er is kennis over en een overzicht van welke specifieke preventieve interventies in de Nederlandse context gezondheidswinst opleveren, en waar acties nodig zijn om die potentiële gezondheidswinst te realiseren.
 - o In de opleiding van elke zorgprofessional en de richtlijnen is aandacht voor preventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsvaardigheden. Ook is aandacht voor hoe (fysieke en mentale) leefstijl het ontstaan en beloop van ziekten beïnvloedt en hoe leefstijlinterventies ziekteprocessen kunnen afremmen en eventueel kunnen omkeren.
 - o Iedere stakeholder pakt zijn rol om de veranderopgave te realiseren en maakt expliciet welke bijdrage hij daaraan gaat leveren. Iedere stakeholder heeft daarbij oog voor het belang van het verkleinen van de gezondheidsachterstanden.

Bijlage H Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals

Inleiding

In de zorg werken kwalitatief goede en betrokken professionals. Zij vormen het kapitaal van de zorg. Hen willen we binden en boeien. Dat doen we breed met het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) en daar bovenop meer specifiek onder meer via afspraken in het Integraal Zorg Akkoord (IZA).

De uitdaging

De zorg staat voor een grote uitdaging. Enerzijds blijft de zorgvraag stijgen en anderzijds is er sprake van een brede arbeidsmarktkrapte. Op dit moment werkt al ongeveer een op de zes werknemers in Nederland in de zorg. Wanneer we niets doen loopt dit aandeel op tot ongeveer een op de vier in 2040. Het is irreëel te veronderstellen dat het beroep van de zorg op de Nederlandse arbeidsmarkt of in de collectieve middelen in deze mate kan oplopen. We staan als samenleving immers ook nog voor andere grote uitdagingen op het gebied van bijvoorbeeld klimaat, veiligheid, onderwijs en wonen. Deze uitdaging vraagt om een brede arbeidsmarktaanpak langs meerdere sporen.

Door de krapte op de arbeidsmarkt kunnen zorgverleners makkelijk buiten de sector aan de slag. Ook zal de vergrijzing bijdragen aan een grotere uitstroom en moet er voor nieuwe aanwas geconcentreerd worden op een krappe arbeidsmarkt. Daarom is het nodig dat de zorg een aantrekkelijke sector is en blijft om in te werken. Op het gebied van zingeving en de daarmee samenhangende bevoegenheid van medewerkers scoort de zorg al uitstekend. Op andere gebieden moet de zorg echter nog een been bij trekken. Tot deze gebieden behoren onder meer:

1. Het te grote aantal uren dat aan onnodig administratief werk besteed wordt.
2. Het te geringe aantal ontwikkel-/loopbaanpaden.
3. Het gebrek aan ervaren tijd en ruimte voor opleiding, ontwikkeling en ontplooiing.

Alle partijen aangesloten bij het IZA beogen invulling te geven aan de maatschappelijke opgave om met minder groei van het aantal zorgverleners aan de toekomstige zorgvraag te kunnen voldoen.

Enerzijds doen partijen dit door breed in te zetten op het verlagen van de zorgvraag (onder andere door preventie; zelfzorg; inzet informele zorg; zorgvraag verminderende innovaties) en de transitie naar passende zorg waarbij passende digitale- en hybride zorg voorliggend is en prevaleert boven arbeidsintensieve zorg. Deze elementen komen elders in het integraal zorgakkoord terug.

Om aan de zorgvraag te kunnen voldoen en om de professionele ruimte van professionals te kunnen vergroten zetten partijen in op het verlagen van de groei van de arbeidsvraag binnen de zorg door efficiënter te werken en meer uren werken te stimuleren, alsmede het arbeidsaanbod op peil te houden onder meer door het opleiden van voldoende nieuwe medewerkers. Dit is ook waar dit IZA-thema 'Arbeidsmarkt en ontzorgen van zorgmedewerkers' zich op richt.

Bij deze brede inzet moet steeds ook het langere termijnperspectief in ogenschouw worden gehouden. De voorziene ontwikkelingen vragen nu immers om investeringen om op de langere termijn aan de zorgvraag te kunnen voldoen, maar die alvorens ze gaan renderen tijdelijk een krapte verhogend effect kunnen hebben.

Randvoorwaarde

Naast het verhogen van het inzetbare arbeidsaanbod en een forse reductie van de groei van de zorgvraag ontkomen we er niet aan dat de samenleving beter moet worden voorbereid op schaarste in de zorg en de noodzaak tot het maken van keuzes. Verder zal de politiek op basis van de te verwachten gezondheidswinst scherpere keuzes in de zorg moeten maken en moet het uitvoerend vermogen om beter te kiezen in de zorg worden versterkt.

Monitoring maatschappelijke opgave

De som van de afspraken onder het IZA moet leiden tot een minder sterke groei van het aantal werknemers, zodat met een beroep van de zorg van circa een op zes werknemers in Nederland aan de toekomstige zorgvraag invulling kan worden geven.

De ontwikkeling van het aandeel van de zorg in het totaal aantal werknemers in de gehele Nederlandse economie zal over de tijd gemonitord worden. Wanneer deze verhouding stijgt tot boven de een op zes (een verhouding van 1 op 5,9 of groter) zal actie moeten worden ondernomen door extra inzet op de verschillende thema's in het IZA. Gezamenlijk moeten deze acties, mogelijk aangevuld met scherpere keuzes voor wat onder zorg valt, resulteren in een naar arbeidsmarktevenwicht leidende zorgvraagverlaging en arbeidsaanbodverhoging.

Afspraken onder het thema Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgmedewerkers

Uitgangspunt bij de afspraken

- Zorgmedewerkers krijgen vertrouwen, professionele ruimte en autonomie.
- Zorgmedewerkers krijgen en houden standaard ruimte om zeggenschap uit te kunnen oefenen over de inhoud van het werk en ontwikkelingen die voor hun vak belangrijk zijn (wat) en de omstandigheden waaronder dit wordt uitgevoerd (hoe) in elke fase van (beleids)ontwikkeling, op elk organisatieniveau en in elk relevant samenwerkingsverband.
- In navolging van het actieplan herstel en zeggenschap dat naar aanleiding van de motie Ellemée is opgesteld zal in het kader van het programma TAZ ook deze kabinetsperiode worden geïnvesteerd in het bevorderen van zeggenschap.

Afspraak 1 – Professionele ruimte

Professionele ruimte betekent dat medewerkers in de zorg op drie niveaus, individueel, team en organisatie, de noodzakelijke tijd en ruimte hebben voor zaken als zeggenschap, reflectie, interprofessionele samenwerking, loopbaanperspectief en voor scholing en ontwikkeling ten behoeve van professie en kwaliteit van zorg. Deze ruimte is, gecombineerd met goed werkgeverschap, noodzakelijk voor het aantrekkelijk houden van de sector, werkplezier en behoud personeel, voor innovatie en voor goede kwaliteit en continuïteit van zorg.

Concreet met het oog op de transitie naar arbeidsbesparende passende zorg hebben professionals ruimte nodig om die transitie mee vorm te geven en zich te ontwikkelen opdat ze zich deze eigen maken en zich daar optimaal bij in te kunnen zetten.

In de uitwerking betekent dit dat zorginkopers tijdelijk transitiemiddelen beschikbaar stellen aan instellingen die aan deze transitie bijdragen, waarmee professionele ruimte wordt gecreëerd ten behoeve van deze transitie, conform het onderdeel het anders werken in het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ).

Met het oog op een lange termijn oplossing, zegt VWS toe met de NZa te verkennen in hoeverre het mogelijk is om indirecte kosten, via kostprijsonderzoeken, bij de bepaling van kostprijzen te betrekken. Deze verkenning moet uiterlijk 1-1-2024 gereed zijn.

Afspraak 2 – Goed werkgeverschap/dialoog voor behoud en inzetbaarheid

Goed werkgeverschap is van cruciaal belang voor werkplezier en behoud van zorgverleners. Daarnaast is goed werkgeverschap ook essentieel om de inzetbaarheid van personeel te optimaliseren, zowel voor de zorgverlener als voor de werkgever. Onderstaande afspraken zijn een aanvulling op hetgeen wordt gedaan via TAZ.

Om het werkplezier en behoud van zorgverleners te vergroten schenken zorgaanbieders in doorlopende dialoog met hun medewerkers expliciet aandacht aan scholing- en loopbaanmogelijkheden, hersteltijd, de werk-privébalans en betrokkenheid bij strategie, beleid en uitvoering. Met het oog op het vergroten van de inzetbaarheid van zorgpersoneel worden medewerkers in deze dialoog aangemoedigd om meer uren te werken. De macro-uitkomst hiervan is dat het deeltijdpercentage stijgt.

Zorgaanbieders zorgen dat leidinggevendenden voldoende toegerust zijn in informatie, kennis en vaardigheden om gesprekken over deze onderwerpen te voeren.

Tot slot wordt het gesprek gevoerd over verhoging van de in de cao's in zorg en welzijn opgenomen leeftijdsgrens bij de vrijstelling voor het draaien van anw-diensten, bijvoorbeeld door deze te koppelen aan de ontwikkeling van de pensioenleeftijd. De afspraken hierover in cao's zullen worden gemonitord.

Afspraak 3 – vermindering regeldruk

Partijen committeren zich aan investeringen in werkdruk- en regeldruk verlagende acties binnen hun eigen invloedssfeer. Als gevolg hiervan ervaren alle professionals in de gezondheidszorg dat zij in 2025 een substantieel kleiner deel van hun tijd besteden aan overbodige administratieve handelingen. Op termijn daalt dit zo ver mogelijk richting nul procent doordat vertrouwen op het professionele oordeel van de zorgverlener en de mate waarin zij een verplichting of handeling van toegevoegde waarde achten voor (de kwaliteit van) het primair proces een belangrijker rol krijgen bij de totstandkoming en het blijven bestaan van regels, registraties, verplichtingen en procedures. Alle veroorzakers van deze overbodige lasten leveren hieraan een bijdrage naar rato.

Dit vraagt actie op verschillende niveaus:

1. VWS zorgt dat regeldruk als gevolg van (nieuwe) wet- en regelgeving en (nieuw) beleid zo beperkt mogelijk blijft, en dit wordt opgesteld met de werkbaarheid in de praktijk als nadrukkelijk en voorwaardelijk uitgangspunt;
2. Branche- en beroepsverenigingen kijken kritisch naar de regeldruk die zij veroorzaken, bijvoorbeeld door richtlijnen of kwaliteitseisen, en beperken deze tot het strikt noodzakelijke minimum;
3. Branche- en beroepsverenigingen brengen bij hun achterban goede voorbeelden, behaalde resultaten en beschikbare ondersteuningsmogelijkheden onder de aandacht;
4. Toezichthouders kijken kritisch naar de regeldruk die samenhangt met- of als gevolg van- de uitvoering van hun toezichtstaken;
5. Zorginkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten) kijken kritisch naar de regeldruk die zij veroorzaken in het kader van de inkoop en verantwoording, en beperken deze tot het strikt noodzakelijke minimum, o.a. door harmonisering van de eisen die zij stellen;
6. Werkgevers gaan aan de slag met de vermindering van regeldruk waarvan de oorsprong binnen de eigen organisatie ligt;
7. VWS ondersteunt met het programma [Ont]Regel de Zorg door het ter beschikking stellen van instrumenten waarmee zorgaanbieders zelf regionaal en lokaal met de vermindering van regeldruk aan de slag kunnen;

De met deze afspraak vrijgespeelde tijd komt beschikbaar voor het vergroten van de beschikbare professionele ruimte (zie afspraak 1). Deze afspraak draagt tevens bij aan een substantiële verhoging van het werkplezier.

Randvoorwaardelijk voor het realiseren van deze afspraak zijn:

- 1) een cultuuromslag naar het 'durven loslaten' van externe en interne regels. Dit vraagt meer samenwerking tussen externe partijen en zorgbestuurders.
- 2) scherpe afspraken in het thema digitalisering en gegevensuitwisseling over bijvoorbeeld eenmalige registratie voor (sectoroverstijgend) meervoudig gebruik en over de gebruiksvriendelijkheid en uitwisselbaarheid tussen ICT-systemen, waaronder EPD's en ECD's. De tekst in het thema digitalisering en gegevensuitwisseling gaat hier nader op in.

Afspraak 4 – Bevorderen aantrekkelijkheid werken in loondienst

Als uitgangspunt geldt dat zorgverleners waar mogelijk in (vaste) loondienst werken. Het belangrijkste aangrijpingsinstrument ligt daardoor bij het zo aantrekkelijk mogelijk maken van werken in loondienst en van het zo aantrekkelijk mogelijk maken van praktijkhouderschap, ook voor de meer ondernemende zorgverleners en/of de zorgverleners die hechten aan meer regie over de invulling van de werkweek. Via regionaal gezamenlijk werkgeverschap kan voor ondernemende werknemers meer ruimte worden gecreëerd voor flexibel en afwisselend werk. Ook met de afspraken 1, 2 en 3 zetten werkgevers in op het aantrekkelijker maken van werknemerschap. Tot slot is behoud van zorgpersoneel en het bevorderen van werkplezier één van

de drie programmalijnen binnen het programma TAZ. Via het programma TAZ wordt ondermeer ingezet op het vergroten van de professionele autonomie en zeggenschap en een gezonde en veilige werkomgeving.

Naast het zo aantrekkelijk mogelijk maken van werken in loondienst door goed werkgeverschap, spreken partijen af dat schijnzelfstandigheid wordt vermeden. Bij inhuur van zzp'ers geldt het uitgangspunt dat zij een evenredig deel aan systeemverantwoordelijkheden op zich nemen tegen reële tarieven, zoals het draaien van anw-diensten wanneer dat gebruikelijk is bij eenzelfde functie in loondienst. Dit uitgangspunt hanteren zorgverzekeraars ook bij de inkoop van vrijgevestigden.

Concreet worden hiervoor de volgende acties afgesproken:

1. Regionale werkgeversorganisaties, zorginkopers en VWS zetten actief in op regionaal werkgeverschap (flexibele schil in loondienst) en een moderner arbeidscontract om zo het werken in loondienst aantrekkelijker te maken.
2. Werkgevers en zzp-branchorganisaties zorgen voor verhoogde bewustwording over verantwoordelijkheden en de (financiële) gevolgen van het zzp-schap.
3. Brancheorganisaties stellen duidelijke regels op over de inzet van zzp'ers en daarmee het voorkomen van schijnzelfstandigheid. Brancheorganisaties vormen op grond van deze regels een eerste essentiële functie in handhaving van de wet DBA en het voorkomen van schijnzelfstandigheid door hun leden aan deze regels te committeren.
4. Binnen alle branches in zorg en welzijn zijn per 1-1-2024 werkafspraken gemaakt waarin de verantwoordelijkheden tussen medewerkers in loondienst en zzp'ers helder en eerlijk verdeeld zijn, o.a. rondom ANW-diensten, scholing en beloning.
 - a) Hierbij wordt waar dit kan een koppeling gelegd met de eisen zoals deze conform cao's al voor werknemers gelden. Bepalingen voor zzp'ers mogen hiervan maximaal een nader vast te stellen – in redelijke verhouding tot hun ondernemerschap staande – 'bandbreedte' afwijken. In overleg met zzp-koepels wordt de reikwijdte van de 'CAO-bepalingen' vergroot naar zzp'ers.
 - b) De tarieven zijn gekoppeld aan een vergelijkbaar cao-loon of andere relevante tarieven zoals het Nza-tarief. Zorginkopers gaan van deze tarieven uit bij de zorginkoop; inhurende werkgevers en bemiddelende bureaus hanteren evenzeer deze uitgangspunten bij de tariefstelling.
 - c) De governancecode zorg zal hierop worden aangepast.
5. Beroepsverenigingen vertalen de gemaakte afspraken over gelijke verdeling van verantwoordelijkheden, zoals de ANW-diensten, op passende wijze naar hun 'interne richtlijnen'.
6. VWS start een verkenning naar eventueel benodigde verankering van bovenstaande uitgangspunten in wet- en regelgeving. Daarbij wordt ondermeer gekeken naar de Wtza en de kwaliteitsregisters voor verschillende beroepsgroepen. In overleg met ACM en SZW zal ook de mogelijkheid worden onderzocht van koppeling van zzp-tarieven aan CAO-lonen indien de onderhandelingsmacht in belangrijke mate bij zzp'ers ligt (net zoals zzp'ers bij beperkte onderhandelingsmacht gezamenlijk een koppeling met CAO-lonen mogen afdwingen). Tot slot zullen mogelijke perverse gedragseffecten in ogenschouw worden genomen - zoals een vlucht naar ongecontracteerde zorg – en maatregelen om dit tegen te gaan. De brede verkenning wordt uiterlijk 1-1-2024 opgeleverd.
7. De acties 3 tot en met 6 houden verband met elkaar. Partijen overleggen periodiek met elkaar om de acties op elkaar af te stemmen.

Afspraak 5 – Sociale en technologische innovaties

Partijen onderschrijven de noodzaak van het breed uitrollen en implementeren van gebleken effectieve innovaties. Daarbij is het lange termijn streven erop gericht om langs de lijn van passende zorg als norm arbeidsbesparende innovaties te betrekken bij de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket.

In de transformatiefase worden door zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders en zorgverleners in landelijk verband in het vierde kwartaal van 2022 criteria uitgewerkt in lijn met de maatschappelijke opgave. Vervolgens wordt het eerste kwartaal van 2023 een regionaal implementatie- en opschalingsplan van in de praktijk gebleken effectieve arbeidsbesparende werkvormen en innovaties die bijdragen aan de ombuiging van zorgkosten en het binnen de

bandbreedte van '1 op 6' werknemers opgeleverd. Hierbij wordt ook de inzet van transitiemiddelen betrokken. De regionale werkgeversorganisaties zoals landelijk verenigd in RegioPlus worden hierop aangesloten.

Vooruitlopend op het betrekken van arbeidsbesparende innovaties in de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket, hanteren partijen voor de periode t/m uiterlijk 2024 een (nader te bepalen) overzicht van bewezen effectieve (sociale en technologische), arbeidsbesparende innovaties, die zorgaanbieders betrekken in hun (organisatie- en ketenbrede) transformatieplannen ten behoeve van passende zorg, digitalisering en arbeidsbesparing. Bij een positieve business case zal VWS geoormerkte transformatiegelden vrijgeven aan de zorgverzekeraars die deze vervolgens beschikbaar stellen aan de betreffende aanbieders.

Uitgangspunten voor het plan

- 1) Via het subsidie-instrumentarium uit het programma TAZ wordt tot en met 2025 via een menukaart de implementatie van in de praktijk gebleken effectieve werkvormen en innovaties (bijvoorbeeld zoals gedefinieerd door het ZN Kenniscentrum Digitale zorg) gestimuleerd. Verzekeraars geven aan wat er aanvullend aan transitiemiddelen nodig is om deze innovaties breed te kunnen uitrollen en implementeren.
- 2) Deze innovaties dienen vanaf 2025 te gaan renderen en tot een positieve business case te leiden.
- 3) Er wordt blijvend geïnvesteerd in het ontwikkelen en implementeren van nieuwe werkvormen waarbij de zorgmedewerker altijd inspraak heeft en ruimte, tijd en vrijheid heeft om eigentijds te leren werken.
- 4) Beroepsprofielen, opleidingsprofielen en functieprofielen worden toekomstbestendig gemaakt en gemeenschappelijk uitgelijnd, zodat competenties aansluiten bij de zorgvraagontwikkeling en anders werken. Dit zowel in het kader van leven lang ontwikkelen als voor de inzetbaarheid van zorgprofessionals. Zorgverleners denken hierbij mee.
- 5) Randvoorwaarde is dat de burger erop moet worden voorbereid dat andere manieren van werken maken dat de zorg anders wordt en dat je bijvoorbeeld op minder gebruikelijke tijden of langs digitale weg geholpen wordt.
- 6) Verzekeraars organiseren congruentie in de inkoop en de bijbehorende voorwaarden, waar het gaat om de inzet van sociale en technologische innovaties als deze bijdraagt aan de maatschappelijke opgave.
- 7) Draagvlak en betrokkenheid van zorgmedewerkers bij andere manieren van werken zijn randvoorwaardelijk.
- 8) In zorgopleidingen moet voldoende aandacht zijn voor (sectoroverstijgende) innovatieve werkvormen en digitale vaardigheden en mogelijkheden voorkomen van zorg.
- 9) Er worden nadere concrete afspraken gemaakt om zorg te dragen dat bekwame professionals goed inzetbaar zijn. Flexibele inzet, taakherschikking en jobcrafting zijn mogelijke vormen, waarbij het uitgangspunt is dat stabiele basisberoepen leiden tot langdurig behoud en inzetbaarheid in meerdere zorgsectoren.

Afspraak 6 – opleiden en begeleidingscapaciteit

Naast werken aan behoud dient de instroom van zorgprofessionals op peil te blijven om de uitstroom van medewerkers – onder meer door pensionering – op te kunnen vangen. In dat kader spreken partijen het volgende af:

- Onder de voorwaarde dat er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn volgt VWS de voorkeursvariant uit het advies van het Capaciteitsorgaan ten aanzien van de centraal bekostigde opleidingen.
- Daar waar sprake is van achterblijvende instroom ten opzichte van het advies van het Capaciteitsorgaan zorgen werkgevers voor een opschalingsplan waarmee de instroom in deze opleidingen tussen nu en 2025 wordt verhoogd tot het geadviseerde niveau. Waar nodig worden daarvoor opleidingsmiddelen anders ingezet.
- Partijen maken werk van flexibel en modulair opleiden, met als doel dat de inrichting van de opleidingen aan blijft sluiten op de continu veranderende zorgvraag. Specifiek voor de verpleegkundige vervolgopleidingen geldt dat VWS samen met de NZa, NFU, NVZ en CZO verkent of de bekostiging via beschikbaarheidsbijdragen per 2024 aangesloten kan worden op

de recent aangepaste modulaire inrichting van de opleidingen. De middelen hiervoor worden uit het budgettair kader afgezonderd.

- Partijen spreken af dat er een kostendekkende vergoeding voor stagebegeleiding komt via de beschikbaarheidsbijdrage. De middelen hiervoor worden uit het budgettair kader afgezonderd. Daarvoor verkent VWS met de NZa de route waarlangs deze vergoeding uitgekeerd kan worden. Per 1-1-2024 is deze verkenning afgerond.
- Om de bekendheid van studenten met verschillende werkvelden te vergroten zetten partijen zich in om medio 2023 vanuit gezamenlijk regionaal werkgeverschap met een plan te komen om bredere stages en co-schappen - ook in het extramurale domein - te stimuleren.

Afspraak 7 – Eén financieel arrangement vanuit TAZ

De arbeidsmarkt in de zorg is in hoofdzaak een regionale markt. Domeinoverstijgende samenwerking in de regio is dan ook essentieel voor een succesvolle aanpak van de arbeidsmarkttuitdagingen waar we met zijn allen voor staan. Het beschikbare budget voor arbeidsmarktbeleid zal daartoe integraal worden gezien, opdat een generiek instrumentarium beschikbaar komt dat ondersteunend is aan de noodzakelijke transitie naar anders werken in de regio, behoud van werknemers en leven lang ontwikkelen. Nu is het zo dat er meerdere en soms ook sectorale subsidieregelingen zijn die voor een deel ook inhoudelijk overlappen. Denk aan het sectorplanplus, stagefonds en Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen (KIPZ).

Partijen spreken af dat er één financieel arrangement komt vanuit het programma TAZ, gericht op regionale samenwerking op de terreinen van leven lang ontwikkelen, innovatieve werkvormen en behoud. VWS betreft veldpartijen bij de vormgeving hiervan. Bijkomende winst van één financieel arrangement is dat de administratieve lasten beperkt kunnen worden. De regelingen en middelen van (opvolger van) sectorplanplus (circa 100 miljoen euro per jaar), stagefonds (116 miljoen euro per jaar) en KIPZ-middelen (209 miljoen euro per jaar) zullen in dit ene financiële arrangement opgaan, waarbij de middelen vanuit KIPZ beschikbaar zullen blijven voor de medisch specialistische zorg en de overige middelen ten goede komen aan de rest van de sector. Toevoeging van de KIPZ-middelen vindt per 1-1-2024 plaats. De overheveling van de middelen van het stagefonds hangt samen met de uitkomst van de verkenning van een kostendekkende vergoeding voor stagebegeleiding via de beschikbaarheidsbijdrage (zie afspraak 6).

Afspraak 8 – ruimte voor arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de tarieven

Waardering en de aantrekkelijkheid van werken in de zorg is van vele facetten afhankelijk, zoals voldoende zeggenschap en autonomie van een professional, voldoende scholings- en loopbaanmogelijkheden. Ook arbeidsvoorwaarden spelen hierin een belangrijke rol.

Om werkgevers in staat te stellen marktconforme arbeidsvoorwaardenontwikkeling binnen cao's af te spreken, spreken partijen af dat zorgverzekeraars bij de lokale onderhandelingen in aanvang de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova)⁴⁹ volledig doorvertalen in de prijzen en contracten. Dat neemt niet weg dat naast deze volledige doorvertaling er nog andere aspecten onderdeel zijn van de lokale onderhandelingen die in de contractbesprekingen met de iedere zorgaanbieder transparant en onderbouwd tot uitdrukking komen en mede bepalend zijn voor de totale afspraak, zoals productiviteits- en doelmatigheidswinst (mede gebaseerd op landelijk geobjectiveerde gegevens), effecten van passende zorg, volumeontwikkeling, historische prijsverschillen en specifieke lokale omstandigheden.

Afspraak 9 – gelijkmatig verdelen werkdruk en optimaal inzetten personeel in de ggz

Doel: Overall in de economie, en dus ook in de zorg, zien we (oplopende) arbeidsmarkttekorten en toenemende verschillen tussen zzp'ers en personeel in loondienst. Tegelijkertijd weten we dat

⁴⁹ De ova bevat, volgens de door partijen overeengekomen methodiek, een voorlopig percentage en de nacalculatie over het voorgaande jaar.

zorgverleners een ding gemeenschappelijk hebben; de wens om de beste zorg aan mensen te geven. Daar horen ook bepaalde gedeelde taken en verantwoordelijkheden bij. We willen deze verschillen verkleinen en personeel (specifiek hbo en mbo geschoolden) effectiever inzetten, zodat:

- Er voldoende beschikbaarheid van personeel is en blijft.
- Onderscheid tussen zzp'ers en personeel in loondienst verminderd wordt.

Afspraken:

- Vereenvoudiging, uniformering en flexibilisering van de beroepenstructuur (BIG) en opleidingenstructuur waardoor efficiënter wordt opgeleid en meer flexibiliteit komt in de inzet van behandelaren.
- Commitment van het veld om serieus werk te gaan maken van taakherschikking, in de zin van dat taken worden toevertrouwd aan minder hoog opgeleide collega's.
- De toenemende zorgvraag kan niet blijvend worden opvangen met steeds meer mensen vanwege de krappe arbeidsmarkt: onderbenutting van de opleidingsplekken voor klinisch psychologen wordt aangepakt, er wordt voor de Gz-psychologen volgens de beschikbaarheidsbijdrage en niet boven de raming van het Capaciteitsorgaan opgeleid.
- In januari zijn de Nederlandse ggz en de NVvP een pilot gestart om te komen tot gezamenlijke werkafspraken, waaronder afspraken rondom ANW diensten. Partijen zullen de opbrengsten uit deze pilots breder implementeren binnen de sector.
- Naast het zo aantrekkelijk mogelijk maken van werken in loondienst door goed werkgeverschap, spreken partijen af dat bij de inhuur van zzp'ers als voorwaarde wordt gesteld dat zij ook anw-diensten draaien wanneer dat gebruikelijk is bij eenzelfde functie in loondienst. Deze laatste voorwaarde wordt ook door zorgverzekeraars gesteld bij de inkoop van vrijgevestigden. Als onderlinge afspraken of betrekken bij inkoop niet lukt zal wettelijke verankering worden verkend. Via regionaal gezamenlijk werkgeverschap kan aan ondernemende werknemers meer ruimte worden gecreëerd voor flexibel en afwisselend werk.
- We vragen de belastingdienst om nadrukkelijk onderzoek te doen naar schijnzelfstandigheid in de ggz.

Monitoring

De effecten van de inzet op dit thema wordt gemeten via een aantal indicatoren. Hierbij geldt dat er geen een-op-een relatie te leggen is tussen een afzonderlijke afspraak en de uitkomst van een indicator. De indicatoren geven echter wel een beeld van of de inzet van partijen voldoende resultaat oplevert of dat bijgestuurd moet worden. Wanneer de indicatoren aanleiding geven tot bijsturen treden partijen hierover in overleg. Daarbij zullen externe omstandigheden zoals een opleving van corona of andere omstandigheden die de ondertekenaars van dit akkoord niet kunnen beïnvloeden in ogenschouw worden genomen en zal veeleer naar relatieve ontwikkelingen op de indicatoren worden gekeken.

Indicatoren:

1. Het uitstroombestand uit de sector zorg en welzijn exclusief pensionering. Streefwaarde PM
2. Ontwikkeling van het aandeel zelfstandigen werkzaam in zorg en welzijn. Streefwaarde PM
3. Ziekteverzuim. Streefwaarde PM
4. Vacaturegraad. Streefwaarde PM
5. Werktevredenheid. Streefwaarde PM
6. Deeltijdfactor. Streefwaarde PM
7. Indicatoren in het kader van de monitor zeggenschap
8. Aansluiting opleidingsinspanningen op de ramingen van het Capaciteitsorgaan

Er is hierbij gekozen voor gegevens die reeds worden gemeten zodat dit niet tot extra administratieve lasten voor aanbieders/professionals leidt.

Macro over het gehele IZA (en andere akkoorden) leggen we de 1 op 6 norm om te bepalen of voldoende voortgang wordt geboekt of dat met het oog op de maatschappelijke opgave om met minder (meer) zorgverleners aan de zorgvraag te kunnen voldoen extra inspanningen nodig zijn.

Naast de monitoring via de bovengenoemde indicatoren zal ook afspraak 8 (het volledig doorvertalen van de ova in de tarieven) worden gemonitord. De NZa krijgt hier een expliciete rol in.

CONCEPT

Bijlage I Digitalisering en gegevensuitwisseling

Inleiding

Het bieden van passende zorg en een focus op gezondheid vragen om het goed en veilig kunnen delen van informatie, in het gehele netwerk van zorgprofessionals en van de patiënt /cliënt.

Passende zorg, arbeidsbesparing, betaalbaarheid, duurzame toegankelijkheid en verduurzaming van de zorgsector vragen om een versnelling in digitalisering. Actie is nodig om de (ICT-)basis op orde te brengen.

Gegevensuitwisseling draagt bij aan goede en veilige zorg voor de patiënt/cliënt en is een essentiële randvoorwaarde om andere doelen uit het IZA, het programma WOZO en de Green Deal Duurzame Zorg te kunnen behalen. Uiteraard zal het belang van gegevensbescherming niet uit het oog worden verloren. Standaardisatie van gegevensuitwisseling leidt tot passende zorg, zorgt voor minder administratieve lasten en minder fouten bij de overdracht. Dit levert op termijn een besparing in de zorguitgaven op.

Passende zorg betekent steeds vaker hybride zorg: de waar mogelijk gepersonaliseerde maatwerk/mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg en ondersteuning van gezondheid. Uitgangspunten hierbij zijn: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Voor zowel de zorgverleners als de patiënt is dit in veel gevallen een efficiëntere manier van zorg verlenen die de kwaliteit van leven, de kwaliteit van zorg kan vergroten en bijdraagt aan het verduurzamen van de zorg.

A. Doelstellingen

We regelen dat alle zorgverleners en patiënten/cliënten digitaal kunnen beschikken over de juiste informatie op de juiste plek op het juiste moment zodat passende zorg op een veilige manier gegeven kan worden.

1. Elektronische gegevensuitwisseling is in 2025 de standaard in de zorg.

- a) Om continuïteit van zorg van de patiënt te kunnen borgen of te kunnen starten is een set van kerngegevens binnen 24 uur na registratie beschikbaar voor elke zorgverlener met een behandelrelatie, ongeacht het tijdstip en de plek waarop de patiënt geholpen moet worden
- b) De set kerngegevens betreft de EU-patiëntsamenvatting (inclusief medicatiegegevens), labuitslagen, beelden, verslagen en (verpleegkundige) zorgplannen die nodig zijn voor het verlenen van netwerkzorg. Er is sprake van eenheid van taal: de gehanteerde kerngegevens betekenen in alle sectoren hetzelfde.
- c) Het Informatieberaad Zorg brengt in 2023 in kaart welke gegevenssets aanpassing behoeven of aanvullend nodig zijn om de doelgroepen zoals benoemd in dit akkoord de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment met de juiste informatie te bieden.

2. Inwoners van Nederland hebben in 2025 digitaal toegang tot en de beschikking over hun eigen zorggegevens.

- a) Zij kunnen zo desgewenst meer eigen regie nemen op hun gezondheid en zorg en invulling geven aan het samen beslissen met hun zorgverlener. Dit draagt bij aan goede toegankelijke zorg en kan zorgverleners ontlasten.
- b) In 2025 beschikken alle inwoners die dat willen over een gebruiksvriendelijke en goed gevulde persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) die van meerwaarde is in het zorgproces en voor iedereen begrijpelijke informatie bevat.

3. Om de zorg toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar te houden is transformatie nodig naar hybride zorg.

- a) In 2026 leidt de inzet van hybride zorg tot aantoonbaar anders werken en het verlagen van de werkdruk van de zorgverleners met toegankelijkheids- en kwaliteitsbehoud.
- b) Veldpartijen (her)ontwerpen de zorgpaden en -processen en zorgen voor afschaling en aanpassing van bestaande traditionele werkwijze en processen. Overheidspartijen faciliteren waar nodig deze transformatie ook bij implementatie.

- c) Sectoren onderzoeken welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg. Van deze zorg komt 70% digitaal of hybride beschikbaar. We groeien daarnaast door naar 50% gebruik van deze 70%.
- d) Veldpartijen zorgen dat de hybride zorg toegankelijk is voor mensen en bevorderen inclusiviteit van deze zorg. Overheidspartijen faciliteren deze ontwikkeling.

4. Data worden digitaal, eenduidig en gestandaardiseerd geregistreerd in het zorgproces en beschikbaar gesteld voor diverse secundaire doelen⁵⁰.

B. Afspraken

1. Elektronische gegevensuitwisseling is in 2025 de standaard in de zorg

Zorgdata landelijk en sectoroverstijgend elektronisch uitwisselen is de nieuwe standaard. Gegevens moeten op een eenvoudige en op een veilige wijze toegankelijk zijn voor zowel de behandelende zorgverlener(s) als de persoon op wie de informatie betrekking heeft.

i. Landelijk dekkend netwerk van ICT-infrastructuren en -systemen

- Onder regie van VWS komt er in 2022 een nationale visie en strategie over elektronische gegevensuitwisseling in de zorg voor primaire en secundaire processen met betrokkenheid van het veld. Relevante partijen⁵¹ buiten het Informatieberaad Zorg worden actief betrokken.
- Deze visie en strategie moet leiden tot databeschikbaarheid en eenheid van taal en techniek, middels een landelijk interoperabel ict-infrastructuurnetwerk, invulling van generieke functies, een landelijke set aan interoperabele afsprakenstelsels en een landelijke ict-architectuur. Dit geldt voor zowel primair als secundair gebruik met oog voor de verschillen tussen zorgsectoren
- In [2023/2024] is er een landelijke organisatie⁵² onder verantwoordelijkheid van VWS gericht op de ondersteuning van zorgaanbieders en leveranciers bij de implementatie van landelijke infrastructuur en eenheid van taal voor zowel primair als secundair gebruik. Het uitgangspunt is dat implementaties sectoraal georganiseerd worden met landelijke ondersteuning. De rol en taken van deze organisatie worden uitgewerkt in de nationale visie en strategie.
- In navolging van de “Meerjarenagenda elektronische gegevensuitwisseling in de zorg”, komt er een “Meerjarenagenda ICT-portfolio zorg”. Sectoren vertalen deze landelijke meerjarenagenda naar een sectorale ontwikkelkalender en organiseren sectorale vraagarticulatie richting leveranciers waar mogelijk gesteund door de landelijke organisatie [en onder regie van VWS]. Onderdeel van deze vraagarticulatie is zorgen voor een gebruikersvriendelijk systeem dat het zorgproces ondersteunt.
- VWS onderzoekt in 2023 welke stappen het ministerie kan nemen indien implementatietermijnen zoals vastgesteld in de Meerjarenagenda ICT-portfolio zorg door de leveranciers of het veld niet worden behaald.
- VWS onderzoekt of zorgaanbieders en ICT-leveranciers verplicht kunnen worden om te werken met landelijke infrastructuurnetwerken, gemeenschappelijke voorzieningen, open en bevraagbare bronsystemen waarin de API-strategie en ZIB-compliance geborgd zijn en gebruik wordt gemaakt van de FAIR-dataprincipes. Dit onderzoek wordt uiterlijk in Q1 van 2023 opgeleverd. Het bijbehorende financieringsmodel volgt in Q2 2023. Dit vraagt mogelijk financiële compensatie van reeds gedane investeringen die niet (meer) in de doelarchitectuur passen.

ii. Standaardisatie & Wegiz

Gegevens kunnen enkel in het systeem van een andere zorgverlener hergebruikt worden wanneer de techniek gestandaardiseerd is en dezelfde taal gebruikt wordt om patiëntgegevens uit te

⁵⁰ Niet in het primair proces van zorgverlening aan individuele patiënten. Secundaire doelen zijn o.a. wetenschappelijk toepast onderzoek, zorginkoop, zorgcoördinatie, kwaliteitsevaluatie, procesverbeteringen, gepersonaliseerde zorg, management- en stuurinformatie, (medtech) innovaties in het breedste zin van het woord (waaronder AI-toepassingen).

⁵¹ Zoals en niet beperkt tot ict-leveranciers, Health-RI, het programma uitkomstgerichte zorg en gebruikersverenigingen.

⁵² in lijn met een 'nationaal agentschap' conform het OESO-rapport (2022): Naar een geïntegreerd Gezondheidsinformatiesysteem in Nederland.

wisselen. Het wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) stelt het elektronisch uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners voor specifieke gegevensuitwisselingen onderling verplicht. Eerst maakt VWS samen met sector(en) en leveranciers de benodigde afspraken over standaarden voor taal en techniek, daarna gaat de wettelijke verplichting in.

- Gegevens worden eenmalig geregistreerd en sectoroverstijgend meervoudig gebruikt. Dit vereist een verandering in de werkprocessen van zorgprofessionals en ondersteunende systemen, om administratieve lasten te verminderen.
- Bij het uitwisselen van gegevens en het ontwikkelen van nieuwe informatiestandaarden wordt, waar mogelijk, gebruik gemaakt van (open) internationale informatiestandaarden. Dit komt de interoperabiliteit en daarmee kwaliteit van zorg ten goede en helpt tegen verdere vendor lock-in.
- De gestandaardiseerde (open) API-strategie van Nictiz wordt in 2022 door VWS vastgesteld in samenspraak met het veld en leveranciers, en is leidend in de wijze van openstelling van systemen.

VWS:

- Stimuleert de doorontwikkeling van informatiestandaarden en belegt gedurende de IZA-periode het houderschap van informatiestandaarden. Hiermee ontstaat een interoperabel stelsel van standaarden dat als basis dient voor het hergebruik van zorgdata voor zowel primair als secundair gebruik.
- Per prioritaire gegevensuitwisseling op de Meerjarenagenda Wegiz laat VWS de implementatiekosten in beeld brengen inclusief de incidentele en structurele kostenverdeling tussen sectoren. Vervolgens bepaalt VWS onder welke voorwaarden dit compensatie behoeft. Dit kan zijn in de vorm van stimuleringsregelingen, implementatieprogramma's en/of financiering.
- De gegevensuitwisselingen medicatie- en toediengegevens; laboratoriumgegevens bijvoorbeeld voor medicatie; en contra-indicatie en overgevoeligheden worden door VWS prioritair gemaakt⁵³. Eventueel aan te vullen met de benodigde gegevensuitwisselingen voor de in doelstelling 1a en 1b benoemde set kerngegevens.
- Een selectie van de gegevensuitwisselingen uit de richtlijn acute zorg wordt door VWS in 2023 aan de Meerjarenagenda Wegiz toegevoegd en tevens prioritair gemaakt indien aan alle vereiste voorwaarden is voldaan.

Het veld:

- Werkt aan het sectoroverstijgend bruikbaar maken en het ZIB-compliant implementeren van de overeengekomen set kerngegevens.
- Om interoperabiliteit te bereiken moeten alle zorgaanbieders en leveranciers in 2025 minimaal de informatie in de onder de doelstelling 1 benoemde kerngegevensset kunnen uitwisselen, waarbij uitwisseling van ZIBs via de FHIR-standaard plaatsvindt.
- Het veld verbindt zich aan tijdige implementatie van de prioritaire gegevensuitwisselingen onder de Wegiz (Basisgegevensset zorg, beelduitwisseling, e-overdracht, alle uitwisselingen in relatie tot medicatieoverdracht en acute zorg) conform de planning in de Meerjarenagenda Wegiz. Onderdeel van deze afspraken is de uitwerking van kwaliteits- en informatiestandaarden, deelname aan specifieke normeringstrajecten en implementatie.
- Het veld voegt een informatieparagraaf toe aan de kwaliteitsstandaard spoedzorgketen. Dit is uiterlijk 2022 gereed en vormt het sluitstuk van de implementatie van het programma 'Met spoed beschikbaar'.

iii. Generieke functies

Uiterlijk in 2025 zijn de 6 generieke functies lokalisatie, identificatie, authenticatie, autorisatie, toestemming en adressering ingevuld met afsprakendiensten en/of voorzieningen. Deze zijn sectoroverstijgend beschikbaar en worden in de praktijk gebruikt.

⁵³ De huidige geprioriteerde gegevensuitwisselingen zijn Beelduitwisseling, Basisgegevensset Zorg, E-overdracht en digitaal receptenverkeer.

- VWS neemt regie op de realisatie van de invulling van deze generieke functies en doet dit door:
 - o Het in 2022 opleveren van een afwegingskader om te bepalen welke mate en vorm van overheidssturing op de invulling van generieke functies nodig is. Dit kader wordt vervolgens toegepast op de 6 voornoemde generieke functies.
 - o Aan de hand van het afwegingskader per functie te bepalen of en in welke mate een wettelijke verplichting mogelijk en uitvoerbaar is.
 - o Het standaardiseren van afspraken over de invulling van generieke functies tussen zorgaanbieders en tussen zorgaanbieders en leveranciers. Ten minste door het laten opstellen van NEN-normen voor specifieke generieke functies en eventueel te verankeren in wet- en regelgeving. Te starten met de functies identificatie, authenticatie, toestemming en lokalisatie. Deze NEN-normen zijn in 2023 gereed.
- Zorgaanbieders verbinden zich aan de door VWS en in afstemming met het Informatieberaad Zorg vastgestelde oplossingen voor de 6 generieke functies (zoals Mitz en ZORG-AB) en implementeren deze uiterlijk 2025 met hun leveranciers ter ondersteuning van hun zorgprocessen.
- Er worden geen nieuwe of andere (sectorale, lokale of regionale) oplossingen en/of landelijke afspraken voor deze generieke functies door zorgaanbieders en leveranciers ontwikkeld of geïmplementeerd.
- Uiterlijk 2025 kan de zorgidentiteit van zorgverleners uit het UZI-register worden opgehaald met verschillende erkende inlogmiddelen. Het register kan breed worden ingezet voor identificatie en authenticatie in de zorg, ook voor niet BIG-geregistreerde zorgprofessionals.

iv. Toestemming voor het delen van gegevens en privacy

- VWS levert begin 2023 een beleidsvisie op inzake de herijking van de voorwaarden die met het oog op gegevensbescherming worden gesteld aan gegevensuitwisseling in de zorg.
- [VWS bereidt een wetsaanpassing voor waardoor het mogelijk wordt om voor de acute zorg gegevens zonder toestemming beschikbaar te stellen in een elektronisch uitwisselingssysteem, tenzij de patiënt of cliënt bezwaar heeft (opt-out). De ambitie is om deze wetsaanpassing in 2023 aan de Tweede Kamer aan te bieden.
- In 2024 is het faxgebruik van de zorginstellingen met 90% gereduceerd en in 2025 kan volledig afscheid worden genomen van het gebruik van de fax voor communicatie in de zorg. De zorgaanbieders worden hierbij ondersteund door het programma Faexit, dat wordt bekostigd door de Zorgverzekeraars Nederland.
- Om de informatiebeveiliging verder te verbeteren neemt VWS het initiatief om voor 2025:
 - o Zorgaanbieders te ondersteunen bij de naleving van NEN7510 door implementatietools beschikbaar te maken.
 - o Het veld, waaronder huisartsen, apotheken, tandartsen, ambulancezorg, VVT sector en gehandicaptensector te stimuleren met aansluiting op het expertisecentrum voor cybersecurity Z-CERT en hen daarbij (financieel) te ondersteunen.
- VWS ondersteunt zorgaanbieders die binnen het bereik van de NIB2-richtlijn⁵⁴ vallen bij het implementeren, maakt hier financiële middelen voor beschikbaar en zal in samenspraak met het veld bijvoorbeeld actieplannen, implementatietools of kennisproducten ontwikkelen.
- Het veld voldoet voor 2025 aan de wettelijke eisen met betrekking tot de eigen informatieveiligheid en naleving van de geldende NEN-normen en overige wettelijke verplichtingen zoals die uit de Wet beveiliging netwerk- en informatiesystemen ten gevolge van de implementatie van de NIB2-richtlijn.

2. Inwoners van Nederland hebben in 2025 digitaal toegang tot en de beschikking over hun eigen zorggegevens

Toegankelijkheid en begrijpelijkheid van informatie voor de patiënt, cliënt of burger is, naast goede uitwisseling tussen zorgverleners, een vanzelfsprekend onderdeel van de verdere ontwikkeling van elektronische gegevensuitwisseling in de zorg.

⁵⁴ De Europese Netwerk- en Informatiebeveiliging richtlijn (NIB2) wijst zestien sectoren aan met essentiële en belangrijke entiteiten

- VWS ondersteunt de sectorale aansluiting op PGO's en faciliteert de komende jaren de communicatie over PGO's aan zowel patiënten als zorgverleners.
- VWS is voornemens om een deel van de middelen uit het coalitieakkoord vrij te maken voor PGO's en om ook de komende jaren bij te dragen aan ondersteuning van burgers bij het gebruik van PGO's, de verdere ontwikkeling van gegevensuitwisseling via het MedMij afsprakenstelsel en het op orde brengen van de basiszaken die geregeld moeten zijn voor goede gegevensuitwisseling en het creëren van meerwaarde voor burgers/patiënten.
- VWS zorgt voor aanpassing van wet- en regelgeving die nodig is om PGO's gebruiksvriendelijk, kosteneffectief en conform een gezond business model te kunnen laten werken, waarmee ook rekening gehouden wordt met eventuele lidstaat-verplichtingen voortvloeiend uit de EHDS. Dit omvat minimaal het onderzoeken van de mogelijkheid om PGO's toe te staan het BSN te verwerken, opdat de gebruiksvriendelijkheid geoptimaliseerd kan worden wanneer dat met alternatieve maatregelen niet mogelijk blijkt te zijn.
- Het veld committeert zich aan actieve deelname aan de uitwerking van de visie op PGO's en hoe deze van meerwaarde kunnen zijn voor zorgverleners en patiënten in het zorgproces. Eind 2022 ligt er een door het veld en leveranciers gedragen visie, waaruit duidelijk wordt hoe PGO's en portalen zo goed mogelijk op elkaar aansluiten.
- Het veld committeert zich aan ontsluiting naar en uitwisseling met PGO's conform de gezamenlijk opgestelde visie. De PGO-alliantie participeert samen met leveranciers actief in optimalisatie, implementatie en doorontwikkeling van de uitwisseling met PGO's via het MedMij afsprakenstelsel om de gewenste meerwaarde in het (netwerk)zorgproces te realiseren.
- Het veld maakt het delen van digitale gegevens en gebruik van toepassingen in de PGO's onderdeel van het zorgproces daar waar patiënten en zorgverleners hiermee geholpen zijn.
- VWS brengt in kaart hoe de vrijblijvendheid van gegevensontsluiting naar PGO's weggenomen kan worden, om (ook na afloop van de VIPP-subsidieprogramma's) te komen tot goed gevulde PGO's voor inwoners.

3. Om de zorg toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar te houden is transformatie nodig naar hybride zorg

- Een gelijkwaardige informatiepositie van partijen bevordert een doelmatige inzet van zorg en schaars beschikbaar personeel, met behoud van kwaliteit.
- Partijen communiceren op basis van een communicatieplan/kalender doorlopend samen pro-actief naar patiënten/burgers, mantelzorgers en zorgprofessionals over het gebruik van hybride zorg, met aandacht voor het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid en lage gezondheidsvaardigheden.
- Partijen starten in de tweede helft van 2022 met het maken van afspraken voor de werkwijze van prioriteren, evalueren (passend bewijs) en implementeren van hybride zorg aan de hand van het [zorgtransformatiemodel](#) van het kenniscentrum digitale zorg (patiëntvertegenwoordigers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars).
- Partijen werken vanaf 2023 gezamenlijk aan praktische handvatten en afspraken die bijdragen aan een positief innovatie- en transformatie-ecosysteem, samen met kennisinstellingen en (andere) publieke en private partijen. Daarvoor benutten zij bestaande initiatieven en methodieken^[1] en brengen die onder een nog samen vorm te geven inclusieve governance structuur.
- Zorgaanbieders gebruiken bewezen telebegeleiding als vorm van hybride zorg, die de eigen regie van patiënten en de kwaliteit van leven verhoogt. En onnodige bezoeken en opnames in de instellingen voorkomt in lijn met doelstelling.
- Teneinde goede kwaliteit en efficiënte inzet van zorgprofessionals te realiseren maken zorgaanbieders met zorgverzekeraars afspraken over het werken met (medische/verpleegkundige) servicecentra voor het leveren van (sectoroverstijgende) digitale zorg en diensten.
- Patiënten en hun vertegenwoordigers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars identificeren de goede voorbeelden van hybride zorg en werken gezamenlijk mee aan de adoptie van deze zorg.

^[1] Zoals de Vliegwielfcoalitie.

- Partijen ontwikkelen en gebruiken vanaf 2023 een gezamenlijke [ondersteuningsstructuur](#) aanvullend op het zorgtransformatiemodel (VWS, systeem- en veldpartijen).
 - o De ondersteuningsstructuur is t.b.v. congruentie van landelijk beleid op het vlak van passende hybride zorg en bevordert 'proudly copied from/by' opschaling binnen zorgorganisaties en in netwerken en voor de sector logische (regionale) samenwerkingsverbanden. Er komt een vindplek, gebruik makend van wat er is, evt. per sector, van goede voorbeelden van hybride zorg om te kunnen worden hergebruikt.
 - o Onderdeel van de ondersteuningsstructuur is een in 2022 startende gezamenlijke verkenning van wat er nodig is om informatie te ontsluiten naar patiënten over welke vormen van digitale diensten bij welke zorgaanbieder beschikbaar zijn. Dit omvat zowel zorginhoudelijke (incl. de herontworpen zorgpaden; zie doelstelling 3b) als ondersteunende diensten.
 - o Vanaf 2023 maken VWS, systeem- en veldpartijen jaarlijkse afspraken over transformatie van zorgprocessen die daarvoor geschikt zijn waarbij hybride zorg het uitgangspunt is.
 - o De ondersteuningsstructuur zorgt voor het oplossen van systeemknelpunten, zoals aangedragen door het kenniscentrum digitale zorg.
 - o Partijen werken mee aan tijdige herzieningen van bestaande toetsingskaders voor het borgen van kwaliteit veiligheid, privacy, toezicht en handhaving en gebruiken deze in de hybride zorgprocessen / toepassingen.
- i. *Bekostiging /financiering/***
 - Het leveren van hybride zorg vraagt (voor)investeringen en daarnaast een passende financieringssysteem waarbij de prikkels gericht zijn op een zo efficiënt mogelijke zorgverlening.
 - Per 2025 zijn er in de Zvw (en Wlz) daar waar mogelijk en wenselijk passende prikkels en meer ruimte voor inzet en gebruik van hybride zorg inclusief een stimulans voor samenwerking en coördinatie van domeinoverstijgende hybride zorg.
 - Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten maken per 2025 in alle contracten met zorgaanbieders (individueel en/of gezamenlijk) inhoudelijke passende afspraken over aanbod en inzet van gebruiksvriendelijke hybride zorg. En maken afspraken hoe de benodigde transformatie te realiseren.
 - Partijen zorgen ervoor dat de vraag wordt opgelost hoe om te gaan met toepassingen die gezondheid bevorderen maar die geen directe link met de Zvw hebben, bijvoorbeeld in het kader van preventie . Dit geldt ook voor PGO's.
 - Partijen zorgen voor passende financiering van evaluatie van passende hybride zorg.
- ii. *Passende hybride zorg en richtlijnen/kwaliteitsstandaarden***
 - Wetenschappelijke verenigingen samen met hun beroepsgroepen en andere partijen bevorderen dat professionals handvatten krijgen voor passende inzet van hybride zorg in lijn met bestaande kwaliteitstandaarden/richtlijnen. Hierbij wordt voortgebouwd op leidraden, informatiekaarten en andere ondersteuningsmateriaal die voor specifieke specialismen of in generieke zin reeds ontwikkeld zijn.
 - Vanaf 2025 wordt de te ontwikkelen en door partijen gedragen module digitale zorg gehanteerd door beroepsverenigingen bij herziening van bestaande, of ontwikkeling van nieuwe, richtlijnen en kwaliteitsstandaarden.
- iii. *Digitale en veranderkundige vaardigheden***
 - Veldpartijen zorgen dat de hybride zorg toegankelijk is voor mensen en bevorderen inclusiviteit van deze zorg. Hierbij is het uitgangspunt 'digitaal als het kan' en beslissen patiënt en zorgverlener samen over of de zorg inderdaad digitaal/hybride kan worden geleverd gegeven de specifieke situatie van de patiënt.
 - Per 2025 vormen veranderkundige en digitale vaardigheden een integraal onderdeel van het onderwijs voor zorg en welzijn en zorgen werkgevers ervoor dat deze een integraal onderdeel van een leven lang ontwikkelen van medewerkers zijn.
 - Partijen informeren burgers/patiënten/cliënten hierover en betrekken hen bij de communicatie, het aanbod en de inzet en hebben daarbij aandacht voor gebruikersvriendelijkheid in het

algemeen en specifiek voor mensen met lage gezondheids- en digitale vaardigheden. Om te bevorderen dat burgers, cliënten, en patiënten mee kunnen gaan in de toenemende digitalisering van gezondheidszorg wordt voor hen ondersteuningsmateriaal ontwikkeld en vanaf 2025 aangeboden.

4. Data worden digitaal, eenduidig en gestandaardiseerd geregistreerd in het zorgproces en beschikbaar gesteld voor diverse secundaire doelen

- Afspraken over hergebruik van gegevens voor secundaire doelen, geregistreerd in het primair zorgproces worden expliciet meegenomen in de nationale visie en strategie voor gegevensuitwisseling in de zorg. Een gedeelde definitie van secundair data gebruik is hier onderdeel van. Hierbij worden bestaande initiatieven en organisaties betrokken.
 - o VWS borgt hierbij de aansluiting op de primaire gegevensuitwisselingstrajecten, door dit expliciet bij de nog in te stellen landelijke organisatie te beleggen.
 - o Het veld implementeert zowel technisch en organisatorisch de gezamenlijke opgestelde strategie met inachtneming van bescherming van de data van de burger en diens zeggenschap hierover.
 - o Zorgverzekeraars en -aanbieders stellen gegevens beschikbaar voor hergebruik door gelegitimeerde gebruikers die op hun beurt de conclusies geaggregeerd beschikbaar stellen.
 - o Hiertoe worden uiterlijk in de eerste helft van 2023 sectoroverstijgend en per sector afspraken gemaakt zoals eenheid van taal en techniek ten behoeve van eenmalige registratie voor meervoudig gebruik.
- Voor hergebruik voor secundaire doeleinden geldt het uitgangspunt dat administratieve lasten in het operationele proces laag worden gehouden
 - o Er worden vooraf afspraken gemaakt om zo volledig mogelijke data te registreren op een effectieve en efficiënte manier ter voorkoming van extra / losse registraties.
 - o Het veld zorgt ervoor dat data beschikbaar is bij de bron waarop partijen data kunnen opvragen/ophalen om te voorzien in informatiebehoefte voor verschillende toepassingen volgens de afspraken die voor de zomer van 2023 daarvoor gemaakt moeten worden. [Om data beschikbaar te stellen voor secundair gebruik zullen kosten gemaakt worden. Zorgverzekeraars Nederland en VWS zullen daarvoor financiering voorstellen.]
- Om hergebruik voor secundaire doelen van gegevens te ondersteunen, tracht VWS bestaande knelpunten weg te nemen, o.a. door wettelijke grondslagen te creëren en/of bestaande aan te passen of te verduidelijken. Hierbij is het uitgangspunt dat de bescherming van de data van de burger en de zeggenschap daarover voorop staat, rekenend houdend met proportionaliteit en doelbinding.
 - o In 2023 wordt een start gemaakt met het weghalen van knelpunten voor het delen van de gegevens beginnend bij limieten in het gebruik van BSN.
 - o Indien wetgeving noodzakelijk is, zet VWS zich in om maart 2023 de noodzakelijke inventarisaties en een plan van aanpak gereed te hebben voor de voorbereiding van het wetsvoorstel.
 - o Voor het gebruik van declaratiegegevens voor o.a. kwaliteitsverbetering, benchmarking, praktijkvariatie en zorgevaluatie.
 - o Kennis en bewustzijn over de waarde van gezondheidsdata en het delen ervan voor secundaire is er nog nauwelijks bij burgers, patiënten en patiëntenorganisaties. Ondertekende partijen hebben de inspanningsverplichting om het kennis- en bewustzijnsniveau te verhogen en leveren in 2023 een plan van aanpak op.

[NB: Voor de sector medisch-specialistische zorg wordt gesproken over sectorspecifieke afspraken op het gebied van digitalisering en gegevensuitwisseling.]

Bijlage J Contractering

Om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg duurzaam te borgen hebben zorgpartijen in het IZA afspraken gemaakt over zowel de inhoudelijke zorgtransformatie naar passende zorg als de daarmee samenhangende financiële kaders. Afspraken in de overige themateksten vormen de basis voor deze transformatie. Deze tekst gaat over de mogelijkheden om die afspraken te vertalen naar de contractering.

Zorgaanbieders en zorgprofessionals (verder: de zorgaanbieders) en zorgverzekeraars nemen samen verantwoordelijkheid om deze transformatieopgave te realiseren, binnen de beschikbare financiële kaders. Daarbij zullen zij de ruimte binnen de bekostigingssystematiek benutten om afspraken te maken; deze zullen hun uiteindelijke vorm krijgen in de bilaterale contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Landelijke afspraken over de maximaal beschikbare financiële ruimte laten onverlet de keuzes die in individuele contractafspraken worden gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars; deze worden gemaakt op basis van passende zorg, de reële zorgvraag en andere aspecten van de lokale situatie. Dat houdt in dat partijen in de contractrelatie actief inzetten op kwaliteit, toegankelijkheid door beperken volumegroei, arbeidsbesparende maatregelen en passende zorg conform de doelstellingen uit het IZA. Dat betekent dat – via de contractering – de volumegroei in sommige gevallen hoger kan zijn dan het genoemde landelijke groeipercentage en in andere gevallen op een lager groeipercentage kan worden uitgekomen.

Het samenspel tussen patiënten/verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is de kern van ons zorgstelsel, waarbij de overheid aan zet is om de juiste randvoorwaarden te creëren. In het Nederlandse zorgstelsel is er ruimte voor zowel competitie als gelijkgerichtheid:

- Op een aantal onderwerpen is gelijkgerichtheid functioneel en noodzakelijk om de doelstellingen van het IZA te kunnen realiseren. Met gelijkgerichtheid wordt bedoeld dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in hun individuele handelen en in contractafspraken dezelfde beweging nastreven. Dit betreft met name de noodzakelijke impactvolle transformaties naar passende zorg. De afspraken over gelijkgerichte contractering en inzet van transformatiemiddelen daarbij zijn in dit hoofdstuk uitgewerkt. Zorgpartijen dienen ook binnen hun eigen organisatie gelijkgerichtheid te realiseren.
- Daarnaast zorgt competitie voor dynamiek, flexibiliteit en veranderkracht. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven hier onder meer invulling aan in hun individuele contractafspraken. Zo kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan patiënten respectievelijk verzekerden een onderscheidende keuze bieden, worden innovatie en verandering gestimuleerd en maatwerk mogelijk gemaakt.

Het grootste deel van de zorg binnen de Zorgverzekeringswet wordt concurrentieel ingekocht en individueel gecontracteerd. Dat is het uitgangspunt binnen ons zorgstelsel en dat blijft zo. In dit hoofdstuk ligt de nadruk echter op gelijkgerichtheid in contractering bij de impactvolle transformaties naar passende zorg, omdat hier in het kader van het IZA nieuwe afspraken over worden gemaakt.

Passende zorg vraagt om een bijpassende wisselwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het gezamenlijk werken aan de totstandkoming van transformatieplannen en het realiseren van de noodzakelijke transformatie zal meer centraal staan. Dat heeft ook implicaties voor het contracteerproces en het inzetten van transformatiemiddelen. Zo zetten zorgverzekeraars als onderdeel van de IZA-afspraken een stap naar meer gelijkgerichtheid bij impactvolle transformaties. Ook zorgaanbieders zetten een stap; door zich te committeren aan de impactvolle transformaties en hierop aanspreekbaar te zijn in de contractering. De NZa heeft als toezichthouder een belangrijke rol om er op toe te zien dat voldoende zorg wordt ingekocht waarbij gestuurd wordt op passende zorg. De ACM kan als toezichthouder uit eigen beweging of op verzoek van derden gemaakte contractafspraken tegen het licht houden en toetsen aan de mededingingsregels.

1. Verbetering contracteerproces:

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zetten zich in op een continue verbetering van het contracteerproces.

- a. Zorgverzekeraars dragen daarmee bij aan een vermindering van administratieve lasten (vereenvoudigen van inkoopvoorwaarden) en betere bereikbaarheid voor interactie over de inkoop(processen). Daarnaast zijn zorgverzekeraars transparant over hun inkoopbeleid en hun inkoopprocedures.
- b. Voor zorgaanbieders geldt dat zij transparant zijn over hun gelijkgerichtheid binnen de hele zorgketen, in geval van ziekenhuizen inclusief de afspraken met het MSB. Daarnaast committeren ook zorgaanbieders zich aan een continue verbetering van hun rol in het contracteerproces en de tijdlijnen die bij een zorgvuldig proces passen.

2. Gelijkgerichte contractering bij 'impactvolle transformaties'

Om de zorg toegankelijk en van goede kwaliteit te krijgen en houden, ook naar de toekomst, is op specifieke onderdelen een transformatie nodig. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen 'impactvolle transformaties' en 'overige (kleinere) transformaties'. De indeling in deze twee categorieën wordt bepaald door de bijdrage die de verandering levert aan het realiseren van passende zorg. Dit onderscheid is belangrijk, omdat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspreken ten aanzien van impactvolle transformaties gelijkgericht te handelen. Deze impactvolle transformaties zijn niet noodzakelijkerwijs gekoppeld aan de inzet van transitiemiddelen.

- a. **Criteria voor impactvolle transformaties:** VWS vraagt de IZA-partijen voor 1 januari 2023 gezamenlijk de criteria vast te stellen waaraan een transformatie moet voldoen, om te vallen in de categorie impactvolle transformatie. Uitgangspunt daarbij is dat er bij impactvolle transformaties sprake is van een substantiële impact op het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet, inzet van personeel, regionale herverdelingsvraagstukken (profielkeuzes) en/of omvang van het zorgvastgoed. Een impactvolle transformatie kan ook een totaalafpraak betreffen over een pakket van verschillende kleinere initiatieven en zorginnovaties, mits dit maar voldoende impact heeft op de IZA-doelen en in lijn is met de IZA-afspraken, en daarnaast van voldoende implementatiekracht is voorzien.

In het verlengde van het IZA ligt de focus bij impactvolle transformaties primair op de toegankelijkheid van kwalitatief goede zorg voor de patiënt – dus op passende zorg en arbeidsbesparende maatregelen, omdat het borgen van de kwaliteit en de mismatch tussen vraag en aanbod de belangrijkste opgaven zijn waar de zorg zich de komende jaren mee ziet geconfronteerd. Arbeidsbesparende maatregelen betreffen onder meer het voorkomen van (zwaardere) zorg, coördinatie en samenwerking binnen de basiszorg en acute zorg, digitalisering, een op het type zorgvraag afgestemde organisatie en concentratie van zorg. Het belang van de patiënt speelt daarmee een hoofdrol.

- b. **Transformatieplannen:** Voor de impactvolle transformaties worden specifieke transformatieplannen opgesteld; op de juiste schaal (lokaal, regionaal of landelijk) door de partijen die de zorgtransformatie daadwerkelijk gaan realiseren. Die schaal kan zijn: één zorgaanbieder, een groep van zorgaanbieders of een samenwerkingsverband. Hierbij wordt voortgebouwd op de goede initiatieven en ervaringen die de afgelopen jaren zijn ontstaan. Deze plannen zijn in lijn met de regio-beelden en -plannen voor zover die reeds vorm hebben gekregen.

De urgentie van de opgaven waar de zorg voor staat, maakt dat van vrijblijvendheid ten aanzien van de noodzakelijke zorgtransformaties geen sprake kan zijn. Zorgverzekeraars investeren de komende jaren nog nadrukkelijker capaciteit en financiële middelen in hun aanjagende rol bij het identificeren van knelpunten en mogelijkheden in het optimaal inzetten van zorgcapaciteit; de regio-beelden en -plannen vormen daarvoor de basis voor zover die reeds vorm hebben gekregen. Zorgverzekeraars zorgen voor het stimuleren en faciliteren van de totstandkoming en opschaling van transformatieplannen, in samenspraak met zorgpartijen (waaronder vaak de huisartsen).

- c. **Gelijkgerichtheid:** De IZA-partijen spreken af om verdergaande stappen te zetten om gelijkgerichtheid te creëren bij impactvolle transformaties, teneinde de meeste impact te maken

en hun gezamenlijke implementatiekracht daartoe te richten. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders handelen bij impactvolle transformaties gelijkgericht. Tegelijkertijd is en blijft individuele contractering het uitgangspunt van het zorgstelsel. Gelijkgerichtheid in de contractering houdt daarom in dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in hun individuele contracten dezelfde transformatiebeweging nastreven en dat daar tijdens het transformatieproces proactief op wordt gestuurd. Deze verdergaande gelijkgerichtheid geldt niet voor kleinere transformaties. Daarvoor blijft de reguliere werkwijze gelden, die uitgaat van het initiatief van zorgaanbieders en een vrijwillige individuele keuze van zorgverzekeraars om te volgen.

Ook voor zorgaanbieders geldt dat zij waar nodig gelijkgericht werken aan impactvolle transformaties; zowel ten opzichte van andere zorgaanbieders als binnen hun eigen organisatie (bijvoorbeeld tussen het ziekenhuis en het MSB). Het is van belang dat wanneer zorgaanbieders over impactvolle transformaties afspraken maken met hun marktleider zorgverzekeraars, zij ook soortgelijke afspraken maken met de zorgverzekeraars met een kleiner marktaandeel.

- d. **Mededinging:** Bij het samen werken aan impactvolle transformaties geldt dat de afspraken tussen de betrokken zorgpartijen binnen de kaders van de bepalingen in de Mededingingswet moeten passen en dat zij zich hiervan rekenschap geven. Zorgpartijen kunnen afhankelijk van hun eigen inschatting van de situatie ervoor kiezen om de procedureregels van de beleidsregel JZOJP55 te volgen of een reguliere self-assessment uit te voeren.
- e. **Beoordeling transformatieplannen:** Transformatieplannen voor impactvolle transformaties voldoen aan de onderstaande voorwaarden:
 - 1. Het plan voldoet aan de criteria voor een 'impactvolle transformatie';
 - 2. Er is sprake van een gedeelde urgentie bij de benodigde partijen (waaronder vaak de huisartsen);
 - 3. Er is een positieve (maatschappelijke) businesscase waaruit blijkt op welke wijze de inspanningen gaan bijdragen aan passende zorg voor de in het IZA genoemde doelgroepen en resultaten;
 - 4. Er ligt een transformatieplan met duidelijke doelen en SMART-geformuleerde resultaten, een onderbouwing van de te nemen stappen, verantwoordelijkheden van partijen en een tijdplanning. Deze plannen zijn in lijn met de regio-beelden en -plannen voor zover die reeds vorm hebben gekregen.
 - 5. Er is een zorgvuldige impactanalyse gedaan voor de voorzienbare effecten van het transformatieplan op bedrijfsvoering, personeel en infrastructuur/vastgoed én de rest van de zorgketen, waarbij het plan wordt gezien in een bredere context, waaronder regionale en landelijke afspraken.
 - 6. Executiekracht en gelijkgerichtheid tussen en binnen de bij het transformatieplan betrokken zorgpartijen ten aanzien van het transformatieplan zijn (aantoonbaar) georganiseerd en er is commitment op de consequenties van de transformatie op hun organisatie;
 - 7. De in het transformatieplan geformuleerde resultaten voor de transformatie worden binnen vijf jaar behaald.
 - 8. Het transformatieplan is 'mededingingsproof'⁵⁶.
- f. **Beoordelingsproces:** Het opstellen van een transformatieplan voor impactvolle transformaties en de beoordeling daarvan dient een eenvoudig proces te zijn zonder onnodige administratieve lasten.

⁵⁵ ACM Beleidsregel over afspraken in het kader van de beweging "De juiste zorg op de juiste plek" (2019)

⁵⁶ Dat de voordelen opwegen tegen de nadelen, dat de voordelen niet met minder concurrentie beperkende maatregelen behaald kunnen worden, dat de concurrentie beperkende elementen noodzakelijk zijn en dat de afspraken niet langer gelden dan stikt noodzakelijk voor de te behalen voordelen.

- o De opstellende partijen voeren voor indiening een self-assessment uit of het transformatieplan aan alle voorwaarden voldoet. Een ingediend plan wordt door de twee betrokken marktleider zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars beoordeeld. Indien het transformatieplan aan alle voorwaarden voldoet, worden de andere zorgverzekeraars hierover actief en transparant geïnformeerd door de marktleider zorgverzekeraars. Vervolgens handelen alle zorgverzekeraars gelijkgericht ten aanzien van dit transformatieplan. Dat betekent dat zij vanuit de strategische doelen en bijbehorende aanpak het transformatieplan ondersteunen in lijn met hun marktpositie bij de desbetreffende aanbieder(s) en in hun individuele contractafspraken vergelijkbare prikkels of stimulans aanbrengen om de transformatie maximaal aan te jagen. Meerjarige impactvolle transformaties zullen daarom in beginsel worden vormgegeven in een meerjarig contract, mits dat het best stimulerend is voor de transformatie.
- o Indien transformatieplannen niet voldoen aan bovengenoemde voorwaarden, zullen zij worden afgekeurd door de twee marktleider zorgverzekeraars in de betreffende regio. Kritische beoordeling is nodig om te zorgen dat de tijd, energie en eventuele financiële middelen van zorgpartijen worden ingezet op de plannen die een substantiële impact en een grote kans van slagen hebben.
- o De beoordeling van transformatieplannen gebeurt aan de hand van een uniform "Beoordelingskader impactvolle zorgtransformaties". Dit kader is publiekelijk beschikbaar voor alle zorgpartijen. Op die manier is er sprake van een eenduidig, transparant proces en "level playing field" voor alle zorgpartijen. De IZA-partijen stellen dit beoordelingskader in het vierde kwartaal van 2022 samen op, zodat het voor 1 januari 2023 bestuurlijk kan worden geaccordeerd en vastgesteld. VWS, met andere overheidspartijen, en Zorgverzekeraars Nederland coördineren het opstellen van de criteria en het beoordelingskader.
- o Omdat in bovengenoemd proces, waarbij de grootste twee zorgverzekeraars namens andere zorgverzekeraars beslissingen kunnen nemen over de inrichting van het zorglandschap, het uitgangspunt van concurrentieprikkels en ruimte voor verschil van visie tussen zorgverzekeraars wordt ingeperkt, is extra regulering om de belangen van patiënten en burgers te borgen op zijn plaats. VWS werkt hiervoor met de NZa, andere overheidspartijen en ZN aan het verstevigen van de publieke toetsing wanneer besluiten volgens bovengenoemd proces genomen worden. Uitgangspunt bij die toetsing is dat deze zo min mogelijk vertraging oplevert bij maatschappelijk wenselijke plannen en zoveel mogelijk aansluit bij de bestaande toezichtspraktijk, maar dat wel een noodrem bestaat voor impactvolle (onomkeerbare) plannen waarbij de publieke belangen onvoldoende geborgd zijn. Het precieze instrument voor deze noodrem en de criteria voor escalatie (zodat niet alle transformaties aan deze extra toets onderhevig zijn) worden parallel aan de ontwikkeling van bovenstaand beoordelingskader nader uitgewerkt.
- g. **Monitoring en bijstelling:** De twee marktleider zorgverzekeraars monitoren de resultaten ten aanzien van de in het transformatieplan gestelde doelen en sturen waar nodig bij in overleg met de betrokken zorgaanbieder(s). Gedurende het transformatieproces werken zorgverzekeraars en zorgaanbieders als betrokken partners nauw samen bij het monitoren en bij het adresseren van knelpunten bij de implementatie en onvoorziene neveneffecten van de transformatie.
- h. **Landelijke monitoring:** Er wordt door zorgverzekeraars publiekelijk transparant gemaakt welke transformatieplannen voor impactvolle transformaties zijn goedgekeurd, met als doel navolging van goede plannen te stimuleren. De publieke informatie betreft een beknopt overzicht van de doelen, de betrokken zorgpartijen en contactinformatie. Op deze manier wordt geborgd dat de publiekelijk beschikbare informatie geen extra administratieve lasten met zich meebrengt en dat deze geen bedrijfsgevoelige informatie van zorgaanbieders of zorgverzekeraars bevat. Via Zorgverzekeraars Nederland monitoren zorgverzekeraars de algemene voortgang van de zorgtransformaties op landelijk niveau. Daarnaast wordt dit vanuit onafhankelijk extern perspectief ook gemonitord door de NZa. Deze landelijke monitoring gebeurt ieder kwartaal. De NZa kan gericht toetsen of bij bepaalde transformatieplannen voor impactvolle transformaties voldoende gelijkgericht wordt gehandeld door zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. De uitvoeringsmogelijkheden hiervan hangen af van het gekozen mechanisme voor inzet van de

transitiemiddelen (zoals of er een aparte prestatie komt) en de uitwerking van bovengenoemde publieke toetsing. Eventueel kan er als onderdeel van de landelijke monitoring een evaluatie worden uitgevoerd. De monitoring mag niet leiden tot een toename van de administratieve lasten en kan daarom eventueel geprioriteerd worden boven andere reeds bestaande monitors.

3. Sturingsmogelijkheden door contractering

- a. Contractering moet bijdragen aan de doelstellingen van het IZA. De IZA-partijen zetten in op passende zorg, op toegankelijkheid, goede kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Dat betekent dat goede praktijken en uitkomsten voor de patiënt een centrale rol hebben en dat in de contractering hierop wordt gestuurd. Datzelfde geldt voor de transformatie naar passende zorg.
- b. Zoals in par. 2 van dit hoofdstuk aangegeven, vraagt passende zorg om een bijpassende wisselwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het gezamenlijk werken aan de totstandkoming van transformatieplannen en het realiseren van de noodzakelijke transformatie zal meer centraal staan. Dat heeft ook implicaties voor het contracteerproces en het inzetten van transformatiemiddelen. Zo zetten zorgverzekeraars als onderdeel van de IZA-afspraken een stap naar meer gelijkgerichtheid bij grote transformaties. Ook zorgaanbieders zetten een stap; door zich te committeren aan de grote transformaties en hierop aanspreekbaar te zijn in de contractering.
- c. Zoals in par. 1 van dit hoofdstuk aangegeven zetten zorgverzekeraars en zorgaanbieders in op een continue verbetering van het contracteerproces om de contractering zo goed mogelijk te laten verlopen, zoals het verminderen van administratieve lasten en transparantie over inkoopbeleid en gelijkgerichtheid.
- d. De IZA-partijen vinden het van groot belang dat patiënten voldoende keuzemogelijkheden hebben bij het kiezen van een zorgaanbieder en dat zij voldoende inzicht hebben in de kwaliteit van de zorg bij de verschillende zorgverleners. Zorgverzekeraars spannen zich daarom in om een gevarieerd zorgaanbod te contracteren en ook met nieuwe innovatieve zorgaanbieders het gesprek over contractering aan te gaan. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties werken samen proactief aan het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod. Tegelijkertijd onderkennen de IZA-partijen dat door de mismatch tussen zorgaanbod en toenemende zorgvraag zonder maatregelen de toegankelijkheid van zorg en daarmee de keuzevrijheid in het gedrang komen. De keuzevrijheid van de een mag namelijk niet ten koste gaan van de beschikbaarheid van zorg voor een ander. Dat maakt sterkere sturing op passende zorg noodzakelijk. Daarbij geldt als voorwaarde dat de patiënt voldoende keuze heeft uit zorgaanbod (behandelaren of instellingen of digitale zorg) binnen een voor de behandeling redelijke reisafstand. Als patiënten gebruik maken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunnen zij te maken krijgen met eigen betalingen, omdat de vergoeding uit hoofde van hun zorgverzekering voor deze zorgaanbieders lager is dan voor gecontracteerde zorgaanbieders.
- e. Zorgaanbieders die werken aan passende zorg en de daarvoor noodzakelijke transformaties verdienen dan ook een “level playing field” en intensieve ondersteuning door zorgverzekeraars bij het uitrollen van de passende zorgagenda. Het is in hun belang - en in het belang van patiënten en maatschappij - dat wordt voorkomen dat andere al dan niet gecontracteerde zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich kunnen onttrekken aan de transformatie naar passende zorg.
- f. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars middels de contractering de juiste instrumenten hebben om zorgaanbieders te stimuleren en waar nodig te sturen om zo snel mogelijk de noodzakelijke transformatie naar passende zorg te maken. Contractering is bovendien een belangrijk instrument om het leveren van kwalitatief goede en betaalbare zorg voor de patiënt te stimuleren, samenwerking tussen zorgaanbieders te bevorderen en afspraken te maken over de toegankelijkheid van zorg. In de huidige uitvoering van het stelsel is het voor sommige zorgaanbieders te makkelijk of aantrekkelijk om ervoor te kiezen niet te contracteren met zorgverzekeraars. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn niet of minder goed aanspreekbaar op gelijkgerichte en gecommitteerde betrokkenheid die nodig is om de transitie naar passende zorg daadwerkelijk voor elkaar te krijgen. Ook kan de keuze om niet-gecontracteerde zorg aan

te bieden leiden tot een te grote versnippering van het zorgaanbod en kan dit de transformatie naar passende zorg belemmeren. Tegelijkertijd is het van belang dat nieuwe/innovatieve zorgaanbieders kunnen toetreden tot de markt; een beperkt percentage niet-gecontracteerde zorg is daarom geen bezwaar.

- g. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars waar nodig hun “countervailing power” via de contractering kunnen uitoefenen. De IZA-partijen spreken daarom af om aanvullende maatregelen te nemen om de contractering te verbeteren. De volgende drie maatregelen worden daarvoor uitgewerkt, welke in onderlinge samenhang worden gezien:

1. **Offerte bij niet-gecontracteerde zorg:** Om te voorkomen dat patiënten geconfronteerd worden met (hoge) zorgkosten doordat zij onbewust voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kiezen, is goede informatievoorziening hierover richting de patiënt van groot belang. In dat kader onderzoekt de NZa in overleg met de betrokken zorgpartijen de mogelijkheden om niet-gecontracteerde zorgaanbieders te verplichten om patiënten vooraf schriftelijk een offerte te sturen met daarin de behandeling en de bijbehorende kosten die door de patiënt moeten worden voldaan. De behandeling kan pas starten nadat de patiënt akkoord is gegaan met de offerte.
2. **Invoeren coulanceverbod:** Het invoeren van een coulanceverbod houdt in dat als een verzekerde met een naturapolis zorg betreft bij niet-gecontracteerde aanbieders, deze het verschil tussen de rekening van de zorgaanbieder en de vergoeding door de zorgverzekeraar zelf dient te dragen en dat dit niet kan worden overgenomen door de zorgaanbieder of zorgverzekeraar. Deze maatregel wordt uitgewerkt voor 1 juni 2023 door het Ministerie van VWS met consultatie van zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders.
3. **Verlagen van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg:** Ook deze maatregel wordt uitgewerkt voor 1 juni 2023 door het Ministerie van VWS met consultatie zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders.

Daarnaast zal verkend worden of een verplichte kwaliteitsregistratie en onafhankelijke indicatiestelling kunnen bijdragen aan de aanpak van niet-gecontracteerde zorg.

- h. Voor alle drie de maatregelen geldt dat er voldoende keuzemogelijkheden voor de verzekerde moeten blijven én genoeg ruimte voor nieuwe, innovatieve zorgaanbieders. Dit wordt meegenomen in de uitwerking van de maatregelen door VWS. Voorts dienen zorgverzekeraars voldoende gevarieerd aanbod aan zorgaanbieders te contracteren om aan hun zorgplicht richting hun verzekerden te kunnen voldoen.
- i. Voor iedere verzekerde geldt op grond van de zorgverzekeringswet dat acute zorg altijd vergoed wordt, ook als deze geleverd wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. IZA-partijen spreken af dat ook nieuwe behandelingen van als hoogcomplex benoemde derdelijnszorg (op basis van een nader vast te stellen limitatieve lijst) altijd wordt vergoed, mits voldaan is aan de minimale kwaliteitseisen; het gaat daarbij om de periode tot deze in de inkoopgesprekken in de contractering kunnen worden opgenomen. IZA-partijen vinden het van belang dat deze vormen van zorg te allen tijde toegankelijk te zijn voor verzekerden, onafhankelijk van de polis. Dit betekent zowel aan de kant van zorgaanbieder als aan de kant van verzekeraar een verplichting om deze toegankelijkheid in heldere afspraken vast te leggen.
- j. Partijen spreken af om te monitoren hoe de contractering gericht op de transformatie naar passende zorg verloopt; in deze monitor wordt ingegaan op de rol van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij het zorginkoopproces en op de keuzemogelijkheden voor verzekerden. Partijen spreken daarnaast af om te monitoren hoe het aandeel niet-gecontracteerde zorg zich ontwikkelt en wat de effecten daarvan zijn. De uitkomsten van deze monitors worden besproken tussen de relevante bestuurlijke partijen, waarbij wordt nagegaan of de afspraken voldoende worden nagekomen. Over de aanvullende maatregelen (zie onder g) spreken IZA-partijen af om goed te monitoren of deze maatregelen na invoering tot onvoorziene neveneffecten leiden en om waar nodig tijdig in onderling overleg mitigerende maatregelen daartegen te treffen.
- k. Andere elementen die randvoorwaardelijk zijn voor meer sturing door zorgverzekeraars op passende zorg zijn: scherper pakketbeheer door het Zorginstituut (inclusief duiding van niet passende zorg), bij duiding door het Zorginstituut het zorgen voor betaaltitels door de NZa die

hierop aansluiten (inclusief aanlevering van data die daarbij hoort) en het aanpassen van de risicoverevening. De overheid pakt hierbij de juiste, proactieve rol. Dat geldt ook voor het publiekelijk steunen van het handhaven van volumenormen en kwaliteitseisen.

CONCEPT

Bijlage K Financiën

1. Algemene uitgangspunten

- e. Het makroader voor de Zvw is € 54,8 miljard in 2022 (bruto), inclusief loon- en prijsbijstelling. De maatregelen uit het coalitieakkoord leveren per saldo een jaarlijkse ruimte voor volumegroei op van € 0,8 miljard in 2023, oplopend tot € 2,9 miljard in 2026.
- f. Het makroader voor de Zvw wordt doorvertaald in een beschikbaar financieel kader per sector;
- g. De financiële afspraken betreffen de volgende sectoren: MSZ, GGZ, Wijkverpleging, Huisartsenzorg en MDZ. Tezamen ca. 70% van de Zvw-uitgaven in 2022.
- h. Centrale uitgangspunten bij de financiële afspraken zijn:
 - i. De beschikbare (volume)groei per sector sluit aan bij de beleidsmatige beweging en doelen uit dit akkoord. Waaronder leveren van passende zorg op de juiste plek. Dit leidt tot minder groei in de tweedelijnszorg (msz, ggz) en meer groei in de eerstelijnszorg.
 - ii. Er zijn vanuit het coalitieakkoord tijdelijke transitiemiddelen van in totaal € 2,8 miljard beschikbaar om de transformatie te ondersteunen. Daarnaast zijn er vanuit het Coalitieakkoord specifieke investeringsmiddelen beschikbaar.
 - iii. Goed werkgeverschap en arbeidsmarktvraagstukken vragen om een adequate/marktconforme loonontwikkeling voor personeel in de zorg. Alle partijen zijn van mening dat de loonontwikkeling door zorgaanbieders moet kunnen worden betaald. Binnen de gestelde financiële kaders is de OVA leidend.

2. Financiële afspraken

Financiële kaders

In de bijlage is een overzicht opgenomen van de beschikbare middelen en budgettaire kaders per IZA-sector. De bedragen uit deze budgettaire bijlage zijn leidend. Ze zijn gebaseerd op de volgende financiële afspraken:

- f. Het startniveau van de makroaders per sector wordt meerjarig bijgesteld op basis van actuele inzichten over het gerealiseerde uitgavenniveau in recente jaren. Dit leidt tot de volgende structurele bijstellingen:
 - i. MSZ: opwaarts bijstellen kader met € 200 miljoen
 - ii. GGZ: opwaarts bijstellen kader met € 180 miljoen
 - iii. Wijkverpleging: neerwaarts bijstellen kader met € 600 miljoen
 - iv. Huisartsenzorg: neerwaarts bijstellen kader met € 80 miljoen
 - v. MDZ: neerwaarts bijstellen kader met € 20 miljoen
- g. De afgesproken gemiddelde beschikbare volumegroei, exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstelling, is per sector als volgt:

	2023	2024	2025	2026
MSZ	1,0%	0,8%	0,4%	0,0%
GGZ	1,0%	0,8%	0,6%	0,4%
Wijkverpleging	2,0%	2,4%	3,0%	3,5%
Huisartsenzorg	2,0%	2,4%	3,0%	3,5%
MDZ	2,0%	3,0%	4,0%	5,0%

Dit betreffen landelijke maximum groeipercentages en laat onverlet keuzes die worden gemaakt in de onderhandelingen tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarbij sprake kan zijn van differentiatie.

- h. De beschikbare makroaders per sector, exclusief indexatie voor loon- en prijsontwikkeling en eventuele technische mutaties, zijn daarmee als volgt (bedragen x € 1 miljoen):

<i>bedragen x € 1 miljoen</i>	2023	2024	2025	2026
wijkverpleging	3.802	3.870	3.973	4.100
msz	26.246	26.466	26.576	26.577
ggz	4.590	4.628	4.655	4.674
huisartsenzorg	3.689	3.776	3.890	4.026
mdz	759	782	813	853
Totaal (Macrokader IZA)	39.086	39.521	39.906	40.229

- i. Voor de partijen die deelnemen aan het IZA zijn in aanvulling op de beschikbare kaders investeringsmiddelen en transitie-middelen beschikbaar. Zie bijlage x voor een uitsplitsing van de in totaal beschikbare bedragen. Bij de transitie-middelen gaat het om in totaal € 2,8 miljard waarover de volgende afspraken zijn gemaakt:
 - i. Van deze € 2,8 miljard is 50% (€ 1,4 miljard) geoormerkt beschikbaar voor de sectoren MSZ, GGZ, Wijkverpleging, Huisartsenzorg en MDZ naar rato van omvang sector ten behoeve van plannen die bijdragen aan de doelstellingen van het IZA. Dit leidt tot de volgende verdeling: MSZ € 940 miljoen, GGZ € 160 miljoen, Huisartsenzorg en MDZ € 160 miljoen, Wijkverpleging € 140 miljoen.
 - ii. De resterende transitie-middelen (€ 1,4 miljard) zijn beschikbaar voor alle partijen, voorplannen die bijdragen aan de doelstellingen van het IZA.
- j. Alle afspraken die in het kader van IZA worden gemaakt dienen te passen binnen de in het IZA beschreven financiële middelen. Dit betreft onder andere zorguitgaven als coalitieakkoord enveloppen.

Monitoring financiën

- a. De ontwikkeling van de uitgaven binnen de sectoren van het IZA wordt vier maal per jaar gemonitord via kwartaalrapportages van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit. Indien noodzakelijk worden de ontwikkelingen besproken in het BO IZA.
- b. De uitgaven van de transitie-middelen worden elk kwartaal gemonitord door de NZa. Indien noodzakelijk worden de ontwikkelingen besproken in het BO IZA.

3. Overige algemene financiële afspraken

Doorvertaling loon- en prijsbijstelling

VWS indexeert de macrokaders jaarlijks conform de ramingen van het CPB ten behoeve van de verwachte gemiddelde stijging van de lonen en de inflatie. Om werkgevers in staat te stellen marktconforme arbeidsvoorwaardenontwikkeling binnen cao's af te spreken, spreken partijen af dat zorgverzekeraars de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) volledig - en zonder korting - doorvertalen in de prijzen en contracten. Generieke doelmatigheidskortingen zijn daarbij niet aan de orde.

Dat neemt niet weg dat naast deze volledige doorvertaling er nog andere aspecten onderdeel kunnen zijn van de lokale onderhandelingen, zoals productiviteits- en doelmatigheidswinst, effecten van passende zorg, volumeontwikkeling, historische prijsverschillen en specifieke lokale omstandigheden. Wanneer een doelmatigheidskorting of opslag wordt toegepast onderbouwt en beargumenteert de zorgverzekeraar de toepasselijkheid richting de desbetreffende zorgaanbieder of groep aanbieders.

Ook de prijsontwikkeling wordt zo volledig mogelijk doorvertaald in lokale onderhandelingen, met die kanttekening dat ook hier bovengenoemde aspecten een rol kunnen spelen.

4. Macrobeheersing en omgang met overschrijdingen

Algemeen

- a. Indien onverhoopt het afgesproken financiële kader van een individuele sector wordt overschreden, treden partijen hierover in overleg, waarbij gekeken zal worden naar de aard en oorzaak van de overschrijding.
- b. Bij een eventuele overschrijding wordt ook gezien of er op totaalniveau sprake is van een overschrijding van het macrokader IZA. Indien het totale macrokader IZA, zoals opgenomen in paragraaf 2, lid c van deze afspraken, niet is overschreden kan dit aanleiding voor VWS zijn geen maatregelen te nemen.
- c. Partijen kunnen in overleg treden over kader- of tariefkortingen. VWS kan maatregelen nemen om de overschrijding te redresseren via het macrobeheersinstrument.

5. Sectorspecifieke afspraken

MSZ

Meerjarige bijstelling kader

Op basis van actuele inzichten over het uitgavenniveau in recente jaren wordt het kader MSZ structureel opgehoogd met € 200 miljoen. Deze € 200 miljoen is onder andere bedoeld om eventuele meerkosten van ic-opschaling tot 1150 bedden (in ieder geval in 2023) te bekostigen.

Dure geneesmiddelen

Partijen constateren dat de intramurale dure geneesmiddelen al jarenlang worden gekenmerkt door een hoge uitgavengroei. Om comfort te bieden dat ziekenhuizen deze groei kunnen blijven opvangen binnen de afgesproken macrokaders maken partijen de volgende afspraken:

- Om de groei te beperken spreken partijen af gezamenlijk doelmatigheidsstudies naar dure geneesmiddelen en monitoring van praktijkvariatie in geneesmiddelengebruik tussen ziekenhuizen uit te voeren. Dit betekent dat verzekeraars de doelmatigheid van het geneesmiddelengebruik tussen ziekenhuizen moeten gaan meten en vergelijken en de uitkomsten daarvan meenemen in de contractering. Daarnaast gaat VWS een deel van de transitie-instrumenten inzetten voor deze doelmatigheidsstudies.
- Verder zetten we in op het handhaven en intensiveren van bestaand beleid, waaronder prijsonderhandelingen (zie onder andere de maatregel doelmatige inkoop geneesmiddelen en medische technologie uit het coalitieakkoord). Hiermee draagt VWS bij aan de beheersing van de uitgaven aan dure geneesmiddelen.
- Als er in de jaren 2023 en 2024 een overschrijding van het kader MSZ is én de groei van dure geneesmiddelen boven de 7% komt, zal VWS de mbi-afrekening van dat jaar corrigeren voor 50% over het deel van de groei boven de 7%.
- Als er in de jaren 2025 en 2026 een overschrijding van het kader MSZ is én de groei van dure geneesmiddelen boven de 5% komt, VWS de mbi-afrekening van dat jaar corrigeert voor 50% over het deel boven de 5%.
- In alle jaren geldt dat over een eventuele resterende overschrijding reguliere mbi-besluitvorming plaatsvindt.

Kwaliteitsgelden MSZ

De financiering van de kwaliteitsgelden MSZ (de zogenoemde SKMS gelden), in 2008 ontstaan uit inhouding op het medisch specialistisch honorarium, loopt thans via het Programma kwaliteitsgelden van ZonMw. Dit programma is onlangs verlengd tot en met 2023. Partijen spreken af dat de huidige kwaliteitsmiddelen MSZ geoormerkt en geïndexeerd⁵⁷ beschikbaar blijven in de periode t/m 2026. De gelden zullen bijdragen aan de doelstellingen van het integraal Zorgakkoord. Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuizen (KIPZ)

De huidige Subsidieregeling KIPZ wordt in de huidige vorm voortgezet in 2023. Na 2023 zal deze regeling opgaan in een nieuwe VWS-brede regeling op het gebied van arbeidsmarkt en opleiden. Binnen de nieuw op te zetten regeling zullen de bestaande KIPZ-middelen geoormerkt beschikbaar

⁵⁷Voor indexering van subsidies geldt het algemene voorbehoud dat deze indexeringsmiddelen in financiële besluitvorming kabinet ter beschikking worden gesteld.

blijven voor de MSZ, onder meer ten behoeve van het opleiden en ontwikkelen van medewerkers in de MSZ.

Topzorg en Citrien

De komende periode wordt onderzocht op welke wijze programma's doorgang kunnen vinden. Dekking is beschikbaar uit de sectorspecifieke, geoormerkte transitie-middelen MSZ. Voorwaarde voor continuering en dekking is dat de opzet van het programma aansluit bij de inhoudelijke, domeinoverstijgende doelen van het IZA.

Overschrijdingen eerdere jaren

Het HLA-kader MSZ is in 2018 overschreden met € 182 miljoen. Ook in 2021 en 2022 is op basis van de huidige inzichten een overschrijding zichtbaar (exclusief uitgaven aan prestaties meerkosten en continuïteitsbijdragen covid). Over het opleggen van een mbi-korting over deze jaren zal VWS nog een besluit nemen.

Huisartsenzorg en MDZ

Meerjarige bijstelling kader

Op basis van actuele inzichten over het uitgavenniveau in recente jaren wordt het kader Huisartsenzorg en MDZ structureel verlaagd met € 100 miljoen, waarvan € 80 miljoen uit het kader huisartsenzorg en € 20 miljoen uit het kader MDZ.

Meer tijd voor de patiënt

Om te investeren in een toekomstbestendige huisartsenzorg maken de beoogde groei van de kaders huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en daarnaast de specifiek beschikbaar gestelde middelen vanuit het Coalitieakkoord voor MTVP (de envelop 'meer tijd voor huisartsen', zie verderop) en (sectorale) transitie-middelen het mogelijk om te investeren in MTVP in alle regio's.

ANW

VWS verzoekt de NZa om, in overleg met de partijen, het ANW-tarief voor huisartsen te herijken en te differentiëren en dit in werking te laten treden per 2023. Voorwaarde is dat partijen werken aan een oplossing voor een betere en eerlijkere verdeling van de ANW-diensten onder huisartsen per 2023 (zowel praktijkhouders als waarnemers/ZZP).

Huisvesting

Per 2025 stelt de NZa nieuwe (maximum)tarieven vast op basis van kostenonderzoek, waarin ook huisvestingskosten zijn verdisconteerd. Individuele verzekeraars en aanbieders kunnen maatwerkafspraken maken in 2023/2024.

Digitale (zelf)zorghulpmiddelen

Inzet VWS is dat middelen voor de (door)ontwikkeling van digitale (zelf)zorghulpmiddelen zoals Thuisarts.nl worden voor 50% worden gefinancierd uit de envelop passende zorg. De resterende 50% wordt gefinancierd uit de (sectorale) transitie-middelen.

Tijdelijke middelen gegevensuitwisseling

Besluitvorming over de middelen in het coalitieakkoord voor gegevensuitwisseling vindt plaats bij de voorjaarsbesluitvorming 2023. Om een aantal projecten omtrent gegevensuitwisseling in de huisartsenzorg niet stil te laten vallen in Q1/Q2 2023 stelt VWS middelen ter beschikking (€ 3 miljoen incidenteel in 2023), gedekt uit de sectorale transitie-middelen.

Vormgeving kader multidisciplinaire zorg

Om te stimuleren dat zorgverzekeraars via de inkoop actief sturen op versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg, treft VWS voorbereidingen om per 2024 multidisciplinaire zorg binnen de financiële kaders van de eerstelijnszorg opnieuw vorm te geven.

GGZ

Meerjarige bijstelling kader

Op basis van actuele inzichten over het uitgavenniveau in recente jaren wordt het kader GGZ structureel opgehoogd met € 180 miljoen. Inhoudelijke aanleidingen daartoe zijn een groter beroep op de GGZ (voornamelijk in de basis-GGZ) en zwaardere en complexere zorg in de specialistische GGZ. Voorgaande trends worden mogelijk nog versterkt door COVID. Daarnaast is

er sprake van aanvullende kosten in het kader (bijv. implementatie GMAP, instroom patiënten uit de forensische zorg, implementatie ketenveldnormaanpak en technische overheveling in verband met innovatieve prestaties GGZ).

Kwaliteitsgelden GGZ

De kwaliteitsgelden GGZ (€ 7,9 miljoen) blijven beschikbaar gedurende de IZA- periode. De inzet van de middelen wordt meer gericht op de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord.

Overschrijdingen

Het HLA-kader GGZ laat in 2020 en 2021, op basis van voorlopige cijfers, forse overschrijdingen zien. Ook over 2022 tekent zich een forse overschrijding af. Over het opleggen van een mbi-korting over deze jaren zal VWS nog een besluit nemen.

Wachtlijsten

VWS spant zich in om bij augustusbesluitvorming 2022 voor de extra uitgaven ten behoeve van het wegwerken van wachtlijsten in de GGZ eenmalig € 60 miljoen toe te voegen aan het macrokader GGZ. Dit hangt af van het bredere budgettaire beeld binnen het Rijk.

Wijkverpleging

Meerjarige bijstelling kader

Op basis van actuele inzichten over het uitgavenniveau in recente jaren wordt het kader Wijkverpleging structureel verlaagd met € 600 miljoen.

SOW-regeling middelen

In de jaren 2020-2022 is het kader met € 60 miljoen verlaagd ten behoeve van de SOW (subsidieregeling ondersteuning wijkverpleging via de begroting). Deze middelen zijn vanaf 2023 weer beschikbaar in het kader (reeds verwerkt in sectortabel in de bijlage).

In het coalitieakkoord zijn ten behoeve van een opleidingsakkoord VVT in deze kabinetsperiode tijdelijk middelen gealloceerd die voor een belangrijk deel ten goede komt aan de wijkverpleging: 3 x € 50 miljoen. Structurele borging van de nog nader te bepalen opleidingsstructuur zou kunnen worden bereikt met bovenstaande € 60 miljoen.

Kwaliteitsgelden wijkverpleging

De financiering van kwaliteit (wetenschappelijk onderzoek, kwaliteitsrichtlijnen en indicatoren kwaliteitskader wijkverpleging) loopt thans via een ZonMw Programma en via VWS-subsidies aan de stuurgroep kwaliteitskader. De kwaliteitsgelden (€ 5 miljoen) voor de borging van kwaliteit in de wijkverpleging blijven beschikbaar gedurende IZA periode. De inzet van de middelen worden meer gericht op de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord.

Toezichthouders

De afspraken in het IZA hebben mogelijk gevolgen voor de omvang van de taken van NZa en IGJ. Dit wordt meegenomen in de reguliere jaarplancycclus en voorjaarsbesluitvorming van het kabinet.

Patiëntenorganisaties (MIND, Ieder(in), Patiëntenfederatie NL)

VWS spant zich in om bij augustusbesluitvorming 2022 structureel extra middelen beschikbaar te stellen voor de informatievoorziening en lotgenotencontact. Daarnaast kunnen patiëntenorganisaties ook aanspraak maken op de transitiemiddelen met concrete transitieplannen die bijdragen aan de IZA-doelen en de besparingen.

6. Transitiemiddelen, overige enveloppen en middelen voor gemeenten om bij te dragen aan IZA-doelen

a. Transitiemiddelen (envelop IZA transitie en envelop JZOJP)

In de periode 2023-2027 is er in totaal € 2,8 miljard aan transitiemiddelen beschikbaar voor het IZA. Partijen spreken af dat voor sectoren MSZ, GGZ, Wijkverpleging en Huisartsenzorg en MDZ 50% (€ 1,4 miljard) beschikbaar is voor sectorspecifieke transitieplannen gekoppeld aan IZA-

doelen o.b.v. omvang deelvaders⁵⁸. Daarnaast is 50% van het totale transitiebudget beschikbaar voor IZA-doelen (ook € 1,4 miljard). Besteding van het transitiebudget is altijd op basis van concrete, tijdelijke transitieplannen, in lijn met regionale uitdagingen en via de zorginkoop van verzekeraars (centraal alleen indien noodzakelijk). Belangrijkste criteria voor het transitiebudget is de bijdrage aan de IZA-doelen en besparingen uit het coalitieakkoord.

Met het IZA worden nadere afspraken gemaakt over de governance van de allocatie van het transitiebudget en de daadwerkelijke besteding. Dit wordt momenteel nader uitgewerkt door VWS in overleg met IZA-partijen. Een van de uitgangspunten hierbij zal zijn het gelijkgericht inzetten van transitiebudgetten door zorgverzekeraars op basis criteria die van tevoren zijn opgesteld door IZA-partijen. Ander uitgangspunt is dat niet bestede transitiebudgetten in een jaar die aan het Zvw kader zijn toegevoegd beschikbaar blijven voor de transitie mits dit doelmatig en doeltreffend is.

b. Envelop standaardisatie gegevensuitwisseling

Over de beschikbare middelen voor gegevensuitwisseling wordt door het kabinet besloten bij de voorjaarsbesluitvorming 2023; deze wordt openbaar bij de voorjaarsnota 2023.

c. Envelop Versterking organisatiegraad basiszorg

Over de beschikbare middelen voor versterking organisatiegraad basiszorg wordt door het kabinet besloten bij augustusbesluitvorming 2022; deze wordt openbaar bij de miljoenennota 2023. Uitgangspunt is dat de middelen breed inzetbaar zijn binnen de eerstelijns.

d. Envelop Meer tijd voor huisartsen

Over de beschikbare middelen voor meer tijd voor huisartsen wordt door het kabinet besloten bij de voorjaarsbesluitvorming 2023; deze wordt openbaar bij de voorjaarsnota 2023. Reeds € 12 miljoen is beschikbaar voor extra opleiden.

e. Envelop Passende zorg als norm

Over de beschikbare middelen voor passende zorg als norm wordt door het kabinet besloten bij de augustusbesluitvorming 2022 en voorjaarsbesluitvorming 2023; deze wordt openbaar bij de miljoenennota 2023 resp. voorjaarsnota 2023.

f. Valpreventie bij 65-plussers

Over de beschikbare middelen voor valpreventie bij 65-plussers wordt door het kabinet besloten bij augustusbesluitvorming 2022; deze wordt openbaar bij de miljoenennota 2023.

g. Investeringsmiddelen gemeenten

Om de doelen van het IZA te realiseren zijn de gemeenten een belangrijke partij. Voor gemeenten is jaarlijks maximaal € 150 miljoen structureel beschikbaar voor concrete plannen om de IZA-doelen te verwezenlijken, mits gemeenten zich committeren aan het IZA. Er moeten nog afspraken worden gemaakt over de manier waarop gemeentes aanspraak kunnen doen op deze € 150 miljoen. De periode tot aan december 2022 wordt gebruikt voor het concretiseren van de afspraken. Hierbij moeten de afspraken zowel financieel en uitvoeringstechnisch haalbaar zijn voor gemeenten.

De (financiële) afspraken worden meegenomen in de voorjaarsbesluitvorming 2023 waarmee de middelen voor 2023 vanaf juni vrijkomen. Daarnaast kunnen gemeenten als partner in samenwerkingsverbanden ook aanspraak maken op transitiebudgetten.

7. Evaluatiemoment

De looptijd van het Integraal Zorgakkoord is 2023 t/m 2026. Partijen van het IZA spreken met elkaar af dat er in 2024 een evaluatiemoment plaatsvindt. In dat jaar is er een eerste voorlopig beeld van de realisatiecijfers over 2023. Ook wordt in beeld gebracht welke inspanningen partijen

⁵⁸ Naar rato van startniveau 2023

hebben gepleegd en in hoeverre de afspraken in het IZA worden nagekomen. Tevens is bekend welke concrete plannen zijn ingediend en gehonoreerd voor de transitiemiddelen. Op basis van de evaluatie wordt uiterlijk 1 juni 2024 in een BO een besluit genomen over het eventueel bijsturen van de gemaakte financiële en inhoudelijke afspraken in het IZA. De totale taakstelling staat hierbij niet ter discussie.

Hierbij zijn een aantal opties mogelijk voor de jaren 2025 en 2026. Dit betreft onder andere: a) aanscherpen inhoudelijke afspraken in het IZA; b) gewijzigde inzet van transitiemiddelen; c) verschuiven van de groeirimte tussen IZA-sectoren (budgetneutraal); en d) aanpassen van het basisniveau per 2025 (bij significant afwijkend beeld op basis van realisatiecijfers). Op basis van de uitkomsten van de evaluatie zal VWS, na consultatie van de IZA-partijen, hierover een besluit nemen. De bewijslast over de inspanningen om de inhoudelijke doelen en besparingen te realiseren ligt bij de betreffende partijen: aanbieders, verzekeraars en uiteraard ook VWS. Randvoorwaarde bij deze afspraak is dat alle partijen commitment uitspreken en maximale inspanning leveren om uitvoering te geven aan de beoogde transformatie en bij te dragen aan de IZA doelen.

Bijlagen

a. Meegenomen besparingen

<i>Bedragen x € 1 miljoen</i>	2023	2024	2025	2026	struc.	jaar
Integraal Zorgakkoord	-332	-646	-963	-1346	-1346	2026
Overige Zvw maatregelen	-115	-365	-538	-715	-2443	
Passende zorg als norm			-23	-70	-1206	2037
Doelmatige inkoop geneesmiddelen en medische technologie	-15	-35	-50	-65	-130	2032
Standaardisatie gegevensuitwisseling (totaal)					-340	2029
Stimuleren anderhalvelijnszorg					-50	2027
Standaardisatie inkoop- en verantwoordingseisen Zvw	-50	-130	-130	-130	-130	2024
Juiste zorg op de juiste plek / concentratie hoogcomplex			-100	-200	-300	2027
Sturing op doelmatigheid via de tarieven	0	-120	-140	-147	-147	2026
Valpreventie bij 65-plussers	-50	-80	-95	-103	-140	2031
Totaal Zvw	-447	-1011	-1501	-2061	-3789	

b. Beschikbare investerings- en transitiemiddelen

<i>Bedragen x € 1 miljoen</i>	2023	2024	2025	2026	struc.	jaar
Valpreventie bij 65-plussers	60	60	60	62	70	2031
Passende zorg als norm	50	60	83	100	66	2031
Standaardisatie gegevensuitwisseling (totaal)	200	400	200	200	0	2029
Juiste zorg op de juiste plek / concentratie hoogcomplex	380	380	380	380	0	2028
Transformatiegelden Integraal Zorgakkoord	228	228	228	228	0	2027
Versterking organisatiegraad basiszorg	50	40	35	20	0	2027
Meer tijd voor huisartsen	4	8	12	48	120	2028

c. Kaders per sector

MSZ

<i>bedragen x € 1 miljoen</i>	2023	2024	2025	2026
1 stand begroting 2022	24.864	24.873	24.876	24.877
2 tranche loon- en prijsbijstelling 2022	923	923	923	923
3 stand in prijspeil 2022	25.787	25.796	25.800	25.801
4 ophogen startniveau	200	200	200	200
5 nieuwe basisstand	25.987	25.996	26.000	26.001
6 volumegroei totaal	259	470	576	576
w.v. groei 2023 (1,0%)	259	260	260	260
w.v. groei 2024 (0,8%)		210	210	210
w.v. groei 2025 (0,4%)			106	106
w.v. groei 2026 (0%)				0
7 korting overschrijding 2018	pm			
8 kader na groei	26.246	26.466	26.576	26.577

GGZ

bedragen x € 1 miljoen	2023	2024	2025	2026
1 stand begroting 2022	4.204	4.204	4.204	4.204
2 tranche loon- en prijsbijstelling 2022	163	163	163	163
3 stand in prijspeil 2022	4.366	4.366	4.366	4.366
4 ophogen startniveau	180	180	180	180
5 nieuwe basisstand	4.546	4.546	4.546	4.546
6 volumegroei totaal	44	82	109	128
w.v. groei 2023 (1,0%)	44	45	45	45
w.v. groei 2024 (0,8%)		36	36	36
w.v. groei 2025 (0,6%)			28	28
w.v. groei 2026 (0,4%)				19
7 korting overschrijdingen 2020 en 2021	pm			
8 kader na groei	4.590	4.628	4.655	4.674

Huisartsenzorg

bedragen x € 1 miljoen	2023	2024	2025	2026
1 stand begroting 2022	3.561	3.561	3.561	3.561
2 tranche loon- en prijsbijstelling 2022	134	134	134	134
3 stand in prijspeil 2022	3.695	3.696	3.696	3.696
4 kader op uitgavenniveau	-80	-80	-80	-80
5 nieuwe basisstand	3.615	3.616	3.616	3.616
6 volumegroei totaal	74	161	274	410
w.v. groei 2023 (2,0%)	74	72	72	72
w.v. groei 2024 (2,4%)		89	89	89
w.v. groei 2025 (3,0%)			113	113
w.v. groei 2026 (3,5%)				136
7 kader na groei	3.689	3.776	3.890	4.026

MDZ

bedragen x € 1 miljoen	2023	2024	2025	2026
1 stand begroting 2022	738	738	738	738
2 tranche loon- en prijsbijstelling 2022	26	26	26	26
3 stand in prijspeil 2022	764	764	764	764
4 kader op uitgavenniveau	-20	-20	-20	-20
5 nieuwe basisstand	744	744	744	744
6 volumegroei totaal	15	38	69	110
w.v. groei 2023 (2,0%)	15	15	15	15
w.v. groei 2024 (3,0%)		23	23	23
w.v. groei 2025 (4,0%)			31	31
w.v. groei 2026 (5,0%)				41
7 kader na groei	759	782	813	853

Wijkverpleging

<i>bedragen x € 1 miljoen</i>	2023	2024	2025	2026
1 stand begroting 2022	4.156	4.144	4.132	4.121
2 tranche loon- en prijsbijstelling 2022	161	160	160	159
3 stand in prijspeil 2022	4.316	4.304	4.292	4.281
4 kader op uitgavenniveau	-600	-600	-600	-600
5 nieuwe basisstand	3.716	3.704	3.692	3.681
6 volumegroei totaal	85	166	281	419
w.v. groei 2023 (2,0%)	85	74	74	74
w.v. groei 2024 (2,4%)		91	91	90
w.v. groei 2025 (3,0%)			116	116
w.v. groei 2026 (3,5%)				139
7 kader na groei	3.802	3.870	3.973	4.100

Bijlage L Uitwerkpunten IZA

Onderwerp	Gereed	Verantwoordelijke
Algemeen		
<i>Koppelen financiële ombuigingen aan inhoudelijke maatregelen</i>		
Inschatten financiële impact digitalisering, gegevensuitwisseling en arbeidsbesparende maatregelen	1-1-2023	<u>ZN, VWS, NZa, IZA-partijen</u>
Inschatten financiële impact passende zorg maatregelen	1-1-2023	<u>ZN, ZINI, VWS, NZa, IZA-partijen</u>
Inschatten financiële impact versterking eerstelijnszorg	1-1-2023	<u>ZN, VWS, NZa, LHV, InEen, ActiZ</u>
Inschatten financiële impact samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en GGZ	1-1-2023	<u>ZN, VWS, NZa, IZA-partijen (VNG, GGZ, LHV, InEen, ActiZ)</u>
Inschatten financiële impact maatregelen dure geneesmiddelen	1-1-2023	<u>ZN, VWS, ZINI, NVZ, NFU</u>
Inschatten financiële impact maatregelen acute zorg	1-7-2023	<u>ZN, VWS, NVZ, NFU, LHV, InEen</u>
Inschatten financiële impact differentiatie, concentratie en spreiding medisch specialistische zorg	1-7-2023	<u>ZN, VWS, NVZ, NFU, ZKN, ZINI</u>
Uitwerking Thema's		
<i>Passende zorg, waardegedreven, samen met de patiënt, pakketkeuzes</i>		
Inventariseren doublures in activiteiten en overleggen rondom passende zorg en pakketbeheer	1-1-2023	<u>VWS, ZINI, NZa, ZN, IZA-partijen</u>
Verbreden inzet op uitkomstgerichte zorg naar paramedische zorg	1-1-2023	<u>IZA-partijen</u>
Uitkomstgericht werken implementeren in alle sectoren	1-1-2026	<u>IZA-partijen</u>
Samen beslissen inbedden in alle domeinen	1-1-2026	<u>IZA-partijen</u>
Verbreden cyclus gepast gebruik naar alle sectoren incl opstellen werkagenda	1-3-2023	<u>VWS, IZA-partijen</u>
Samenbrengen en ontsluiten kennis uit bestaande programma's en opstellen agenda per sector met impactvolle kennisvragen en implementatievraagstukken	1-7-2023	<u>IZA-partijen</u>
Kamerbrief sturen over verbetering en verbreding toets op het basispakket	1-12-2023	<u>VWS</u>
Stappenplan maken hoe het kader passende zorg de norm te laten zijn in het pakket	1-1-2023	<u>VWS</u>
Opdracht verstrekken aan Zorginstituut voor verbeterde en verbrede toets op het basispakket en (her)inrichten landschap voor pakketonderzoek	1-1-2023	<u>VWS</u>
Implementeren verbetering en verbreding toets op het basispakket (incl. dure geneesmiddelen)	1-1-2-24	<u>ZINI, VWS, IZA-partijen</u>
Ontwikkelen werkwijze die passende zorg stimuleert bij de zorginkoop	1-7-2023	<u>NZa, ZINI</u>
Uitwerken hoe passende zorg via de toezichtsrol versterkt kan worden	?	<u>IGJ</u>

Onderwerp	Gereed	Verantwoordelijke
Opnemen structurele financiering geneesmiddelen commissies in MSZ-kader	1-1-2025	<u>VWS, MSZ-partijen</u>
Oprichten werkgroep Gepast gebruik dure geneesmiddelen en opstellen plan van aanpak	1-1-2023	<u>VWS, FMS, NVZ, NFU, ZN</u>
Onderzoek verbetering risicoverevening	?	<u>VWS, ZINI, ZN</u>
Inrichten spiegelinfrastructuur voor implementatie passende zorg	1-7-2023	<u>IZA partijen</u>
Inventariseren technische en juridische belemmeringen benodigde gegevensvastlegging en- uitwisseling	1-4-2023	<u>VWS, IZA-partijen</u>
Indien nodig wetsvoorstellen doen om belemmeringen weg te nemen	1-1-2024	<u>VWS</u>
Ontwerp benodigde wet- en regelgeving gerichte financiering onderzoek passende zorg	1-6-2024	<u>VWS</u>
Noodzakelijke structurele financiering afspreken voor gegevensregistratie en -uitwisseling	1-3-2023	<u>VWS, IZA-partijen</u>
Regionale samenwerking		
Opstellen criteria voor regiobeelden en -plannen	14-10-2022	<u>VWS, NZa, ZINI</u>
Vaststellen criteria voor regiobeelden en -plannen	1-1-2023	<u>VWS, NZa, ZINI, IZA partijen</u>
Beschikbaar stellen regiobeelden	?	<u>NZa</u>
Herijken regiobeelden	1-7-2023	<u>2 grootste Zorgverzekeraars in de regio, regionale partijen, VWS</u>
Opstellen regionale plannen	?	<u>2 grootste ZVs, grootste gemeenten, regionale partijen</u>
Afspraken maken over regionale systeemfuncties	1-1-2024	<u>IZA partijen</u>
Instellen werkgroep domeinoverstijgende bekostiging	1-1-2023(?)	<u>VWS</u>
Juridisch onderzoeken BTW-vrijstelling voor domein-overstijgende samenwerking	1-1-2024	<u>VWS</u>
Samenwerking in de acute zorg		
Uitwerken scenario's voor zorgcoördinatie per ROAZ-regio of -subregio	1-6-2023	<u>LNAZ, AZN, ZN, InEen, ActiZ</u>
Implementatie landelijk dekkende zorgcoördinatie	1-1-2025	<u>ROAZ'en</u>
Structureel inbedden functies voor inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding en regelgeving en bekostiging	1-7-2023	<u>VWS</u>
Procesvoorstel vervanging 45-minuten norm	1-1-2023	<u>VWS</u>
Advies implementatie bestaande norm multitraumapatiënten	1-4-2023	<u>ZINI</u>
Aandragen oplossing voor eerlijke verdeling ANW-diensten onder alle huisartsen obv "Actieplan Werkdruk in de ANW"	1-1-2023	<u>LHV, InEen, ZN</u>
Herijken en differentiëren ANW-tarief	1-1-2023	<u>VWS, NZa</u>
Oorzakenonderzoek piekbelasting SEH	1-1-2024	<u>NVZ, NFU, IZA-partijen</u>

Onderwerp	Gereed	Verantwoordelijke
Afspraken verhelderen over verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen ROAZ'en en organiseren betrokkenheid relevante partijen	1-1-2023	<u>ZN, ROAZ'en, IZA-partijen</u>
Procesvoorstel opstellen criteria ROAZ-beelden en ROAZ-plannen	14-10-2022	<u>VWS</u>
Vaststellen criteria ROAZ-beelden en ROAZ-plannen	1-1-2023	<u>IZA-partijen</u>
Opstellen ROAZ-beelden	1-7-2023	<u>ROAZ'en</u>
Formuleren ROAZ-plannen	1-1-2024	<u>ROAZ'en</u>
<i>Toekomstbestendig medisch zorglandschap door differentiatie, concentratie en spreiding</i>		
Inrichten Ronde Tafeloverleg	1-1-2023	<u>ZINI, FMS, NVZ, NFU, ZN, ZKN</u>
Vaststellen volumenormen eerste tranche behandelingen	1-1-2024	<u>Ronde Tafeloverleg</u>
In kaart brengen huidige instellingen eerste tranche	1-1-2024	<u>NZa</u>
Opstellen transformatieplan concentratiebewegingen	?	<u>VWS</u>
Implementatie concentratie eerste tranche behandelingen	1-1-2026	<u>IZA partijen</u>
Onderzoek doorzettingsmacht volumenormen	?	<u>VWS</u>
Opstellen volumenormen tweede tranche behandelingen	1-1-2026	<u>ZINI, IZA partijen</u>
Implementatie concentratie tweede tranche behandelingen	1-1-2028	<u>IZA partijen</u>
<i>Versterking eerstelijnszorg</i>		
Uitwerken Visie op de eerstelijnszorg van 2030, incl. plan van aanpak	1-1-2023	<u>VWS, eerstelijns partijen</u>
In kaart brengen knelpunten (sectoroverstijgende) samenwerking en netwerkvorming	1-1-2023	<u>VWS, NZa, ZINI, IGJ, eerstelijns partijen</u>
Ontwikkelen leidraad Meer Tijd Voor de Patiënt	1-1-2023	<u>LHV, InEen, ZN</u>
Hanteren leidraad bij zorginkoop 2023	1-1-2023	<u>ZV's, LHV, InEen</u>
Onderzoek structurele bekostiging en effectmeting MTVP per 2024	1-7-2023(?)	<u>LHV, InEen, ZN</u>
Onderzoek optimale benutting capaciteit en competenties andere eerstelijns zorgaanbieders	?	<u>VWS, LHV, InEen, ZN</u>
Multidisciplinaire zorg opnieuw vormgeven binnen financiële kaders eerstelijnszorg	1-7-2023	<u>VWS</u>
Afspraken maken over voorwaarden voor financiering digitale (zelf)zorgmiddelen	1-1-2023	<u>VWS, NHG, FMS, PF</u>
Uitwerken aanvullende afspraken samenwerking apotheken – huisartsen in Bestuurlijk Overleg Extramurale Farmaceutische zorg	1-6-2023	<u>VWS, LHV, KNMP, ZN, PF</u>
Uitvoeren praktijktoets pilot directe doorverwijzing vanuit de fysiotherapeut	1-1-2024	<u>KNGF, PPN, ZN, PF, FMS, LHV, InEen, VWS</u>
Beschrijven gewenste kwaliteit van medisch-generalistische zorg aan kwetsbare ouderen thuis en vastleggen in convenant	?	<u>LHV, InEen, Verenso, Actiz ZorgThuisNL, V&VN, ZN</u>
Onderzoeken coördinatiefunctie combinatie (sub)acute zorg en aanspreekbare en herkenbare wijkverpleging	1-6-2023	<u>NVZ, InEen, LHV, VVT</u>

Onderwerp	Gereed	Verantwoordelijke
Indien nodig ontwikkelen inkoopmodel voor regionale zorgcoördinatie	?	<u>VWS, NZa</u>
Opstellen plan voor bredere implementatie goede voorbeelden van zorg op het snijvlak eerste en tweede lijn (anderhalvelijnszorg, JZOJP)	1-6-2023	<u>VWS, NZa</u> , LHV, FMS, NVZ, ZN
Onderzoek structurele borging programma's voor onderzoek en kwaliteitsontwikkeling	?	<u>VWS</u>
Financieren stimuleringsprogramma voor de (door)ontwikkeling van samenwerking en organisatie in de eerstelijnszorg	1-1-2023	<u>VWS</u>
Afspraken maken over de mogelijkheden om de huisvestingsproblematiek van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra op te lossen	?	VWS, ZN, LHV, InEen, VNG
<i>Samenwerking Sociaal domein, Huisartsenzorg en GGZ</i>		
Afspraken maken over landelijke implementatie van passende regionale werkwijze voor mensen met psychische klachten	?	VWS, VNG, SWN, MIND, NLGGZ, ZN, LHV, InEen
Afspraken maken om te komen tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten en digitale lotgenotengroepen	?	VWS, VNG, SWN, MIND, NLGGZ, ZN, LHV, InEen
Uitwerken benodigde zorgprestaties domeinoverstijgende samenwerking	?	VWS, NZa, ZINI, ZN, VNG
<i>Sectorspecifieke GGZ uitwerkpunten</i>		
Opstellen regionale samengevoegde wachtlijsten	?	GGZ partijen, ZVs
Uiterlijk ... opties, haarkbaarheid en risico's implementatie regionale wachtlijsten in kaart brengen	?	GGZ partijen, ZN
Opstellen overzicht specialistisch zorgaanbod dat landelijk beschikbaar moet blijven	?	GGZ partijen, ZN
Uitwerken wat nodig is om dit aanbod in stand te houden, incl. financieringsmodel	?	GGZ partijen, ZN
Ontwikkelen uitkomstinformatie	?	ZINI, GGZ partijen, ZN, Mind, PF
Beschikbaar stellen uitkomstinformatie	1-1-2025	GGZ partijen, ZINI
<i>Preventie en leefstijl</i>		
Regionale samenwerkingsafspraken Gemeenten en Zorgverzekeraars voor gezondheidsbevordering specifieke risicogroepen	1-1-2025	<u>ZN, VNG</u> , Zorgverzekeraars, Gemeenten
Inrichten ketenaanpakken	1-1-2024	<u>ZN, VNG</u> , Zorgverzekeraars, Gemeenten
Advies uitbrengen over benodigde inzet vanuit gemeentelijk domein	1-7-2023	<u>ZINI</u>
Uitwerken voorstel passende bekostigingswijze project- en coördinatiekosten zorgverzekeraars en zorgaanbieders en gemeenten	1-10-2022	<u>VWS, ZN</u>
Beschrijven inzet en veranderopgave per partij	1-7-2023	<u>Alle ZVW-partijen</u>

Onderwerp	Gereed	Verantwoordelijke
Meerjarige middelen beschikbaar voor leefstijlcoalitie	1-1-2023	<u>VWS</u>
Kader opstellen voor pakketcriteria voor leefstijlinterventies binnen de ZVW	1-1-2024	<u>ZINl</u>
<i>Arbeidsmarkt & ontzorgen professionals</i>		
Verkennen in hoeverre het mogelijk is om indirecte kosten bij de bepaling van kostprijzen te betrekken.	1-1-2024	<u>VWS</u> , <u>NZa</u>
Werkafspraken maken over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen medewerkers in loondienst en ZZP'ers	1-1-2024	<u>IZA-partijen</u>
Verkennen benodigde verankering "werken in loondienst" in wet- en regelgeving	1-1-2024	<u>VWS</u>
Uitwerken gebleken effectieve innovaties tbv arbeidsbesparing	1-1-2023	<u>ZV's</u> , <u>IZA-partijen</u>
Opstellen regionaal implementatie- en opschalingsplan arbeidsbesparende innovaties	1-4-2023	<u>IZA-partijen</u>
Verkenning route voor financiering vergoeding voor stagebegeleiding	1-1-2024	<u>VWS</u> , <u>NZa</u>
Opstellen regionale plannen voor bredere stages en co-schappen	1-7-2023	<u>IZA-partijen</u>
<i>Digitalisering en gegevensuitwisseling</i>		
Ontwikkelen nationale visie en strategie elektronische gegevensuitwisseling	1-1-2023	<u>VWS</u> , IZA partijen
Inrichten/aanstellen landelijke organisatie voor implementatie ondersteuning landelijke infrastructuur	1-1-2024/5	<u>VWS</u>
Onderzoeken interventiemogelijkheden bij niet realiseren implementatietermijnen Meerjarenagende ICT-portfolio	1-1-2024	<u>VWS</u>
Onderzoeken mogelijke verplichte deelname zorgaanbieders en ICT-leveranciers aan landelijke gemeenschappelijke voorzieningen, incl. financieringsmodel	1-1-2024	<u>VWS</u>
Vaststellen gestandaardiseerde API-strategie Nictiz	1-1-2023	<u>VWS</u>
Toevoegen informatieparagraaf aan kwaliteitsstandaard spoedketen	1-1-2023	<u>IZA-partijen</u>
Opleveren afwegingskader generieke functies	1-1-2023	<u>VWS</u>
Opstellen NEN-normen generieke functies	1-1-2024	<u>VWS</u>
Implementeren generieke functies	1-1-2026	<u>IZA-partijen</u>
Opleveren beleidsvisie voorwaarden gegevensbescherming	1-4-2023	<u>VWS</u>
Vorbereiden en implementeren wetsvoorstel opt-out in de acute zorg	1-1-2024	<u>VWS</u>
Voldoen aan wettelijke eisen en geldende NEN-normen	1-1-2025	<u>IZA-partijen</u>
Opstellen visie samenhang PGO's en portalen	1-1-2023	<u>VWS</u> , <u>IZA-partijen</u>
Opstellen plan van aanpak bewustzijnsverhoging gezondheidsdata bij burgers en patiënten	1-1-2024	<u>IZA-partijen</u>
<i>Contractering en Inzet transitie middelen</i>		
Criteria vaststellen voor de categorie "Impactvolle transformaties"	1-1-2023	IZA partijen
Beoordelingskader impactvolle zorgtransformaties uitwerken	1-1-2023	<u>VWS</u> , <u>ZN</u> , IZA-partijen

Onderwerp	Gereed	Verantwoordelijke
Juridisch mogelijk maken lumpsum betalingen voor impactvolle transformaties	1-1-2024	<u>VWS</u>
Onderzoek offerteplicht voor niet-gecontracteerde zorg	?	<u>NZa</u>
Uitwerken mogelijkheden coulanceverbod	1-6-2023	<u>VWS</u> , IZA partijen
Uitwerking verlaging vergoeding niet-gecontracteerde zorg	1-6-2023	<u>VWS</u> , IZA partijen
Verkenning verplichting kwaliteitsregistratie en onafhankelijke indicatiestelling	?	<u>VWS</u> , <u>NZa</u>
Governance		
Inrichten programmteam	1-10-2022	<u>VWS</u>
Opstellen jaarplanning bestuurdersdagen	1-10-2022	<u>VWS</u>
Monitoring		
Afstemmen monitor criteria	1-1-2023	<u>ZINI</u> , <u>NZa</u> , <u>VWS</u> , IZA partijen