Integraal Zorg Akkoord

Samen werken aan gezonde zorg

September 2022

Dit is een uitgave van
ActiZ
De Nederlandse ggz
Federatie Medisch Specialisten
InEen
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Nederlandse Zorgautoriteit
Patiëntenfederatie Nederland
Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Zelfstandige Klinieken Nederland
Zorginstituut Nederland
Zorgthuisnl
Zorgverzekeraars Nederland
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

versie 1.0
September 2022

Integraal Zorgakkoord

Samen werken aan gezonde zorg

Inhoud

1	**Inleiding Integraal Zorgakkoord – het moet en kan beter, anders lopen we vast**	**4**
2	**Waar gaan we naartoe: passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid**	**8**
3	**Afspraken: wat gaan we doen de komende jaren?**	**9**
3.1	Passende zorg: waardegedreven - samen met de patiënt, pakket en kwaliteit	12
3.2	Regionale samenwerking	13
3.2.1	Algemeen	13
3.2.2	Samenwerking in de acute zorg	13
3.2.3	Toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding	13
3.3	Versterking organisatie eerstelijnszorg	14
3.4	Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz	14
3.5	Gezond leven en preventie	14
3.6	Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals	14
3.7	Digitalisering en gegevensuitwisseling	15
3.8	Contractering	15
4	**Financiën**	**16**
4.1	Algemeen	17
4.1.1	Algemene uitgangspunten	17
4.1.2	Financiële afspraken	17
4.1.3	Macrobeheersing en omgang met overschrijdingen	18
4.2	Inzet transformatiemiddelen	18
4.2.1	Algemene afspraken	18
4.2.2	Inzet transformatiemiddelen via VWS	19
4.2.3	Inzet transformatiemiddelen via zorgverzekeraars	20
5	**Monitoring**	**22**
5.1	Zicht op de voortgang	24
5.2	Leren en verbeteren tijdens de uitvoering	24
5.3	Effecten op de gezondheid van mensen en de financiële en personele houdbaarheid van het zorgsysteem	24
6	**Governance**	**25**
7	**Evaluatiemoment**	**27**

WERKAGENDA **29**

Onderdeel A.	Passende zorg: Waardegedreven - samen met de patiënt, pakket en kwaliteit	30
Onderdeel B.	Regionale samenwerking - algemeen	43
Onderdeel C.	Regionale samenwerking – samenwerking in de acute zorg	49
Onderdeel D.	Regionale samenwerking – toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding	56
Onderdeel E.	Versterking organisatie eerstelijnszorg	63
Onderdeel F.	Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz	70
Onderdeel G.	Gezond leven en preventie	80
Onderdeel H.	Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals	85
Onderdeel I.	Digitalisering en gegevensuitwisseling	92
Onderdeel J.	Contractering	98
Onderdeel K.	Financiën	105
Onderdeel L.	Monitoring	113

1

Inleiding Integraal Zorgakkoord

Het moet en kan 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 en ondersteuning op basis van de (para)medische, verpleegkundige en gemeentelijke expertise. 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. Ook het aantal chronisch zieken en mensen met meerdere aandoeningen neemt toe. 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) bestaan voor meerdere behandelingen lange wachttijden, er zijn tekorten aan zorgprofessionals en door piekbelasting en volle verpleegafdelingen moeten spoedeisende-hulpafdelingen steeds vaker tijdelijk sluiten. Ook gemeenten ervaren grote uitdagingen in het bieden van passende ondersteuning voor kwetsbare mensen. Deze problemen hebben als gevolg dat zorgprofessionals overbelast raken en 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 en leidt tot uitval van mensen die essentieel zijn voor het functioneren van onze maatschappij.

Daarnaast is de fysieke en mentale gezondheid en de sociale basis 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. De sociaaleconomische positie van mensen kan eraan bijdragen dat zij minder gezond (kunnen) leven of minder participeren, waardoor zij fysieke of psychische klachten krijgen. 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 kennen of een beperkte sociale basis hebben. 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. Ook de uitkomsten voor mensen in termen van kwaliteit van leven, gezondheid, welzijn en levensverwachting, verschillen.

Onvoldoende samenwerking tussen domeinen

Voor veel Nederlanders is gezondheid een bepalende factor voor hun geluk en de mate waarin zij kunnen meedoen in de maatschappij en zelfredzaam kunnen zijn. Roken, overgewicht, alcoholgebruik, te weinig bewegen en een slechte mentale gezondheid hebben een grote impact op de ziektelast en zorgvraag. Ongezond gedrag (in een ongezonde leefomgeving) is verantwoordelijk voor bijna 20 procent van de ziektelast. Daarom is het van belang om gezonde keuzes te stimuleren en ongezonde keuzes te ontmoedigen. Prijsmaatregelen zijn hierbij voorwaardelijk voor een effectieve aanpak en om voldoende effect te sorteren vanuit een lokale aanpak.
Naast de inzet op een gezonde leefstijl is het ook van belang om aandacht te hebben voor inzet op mentale gezondheidsvaardigheden en achterliggende oorzaken van gezondheidsachterstanden zoals schulden, eenzaamheid, huisvesting en een ongezonde leefomgeving. Gemeenten zijn – gezien hun brede verantwoordelijkheid in het sociale en preventieve domein – goed in staat om passende en integrale ondersteuning en zorg te bieden aan (kwetsbare) mensen en de sociale basis, waaronder mantelzorgers. Om tot een effectieve aanpak te komen is het van belang dat de medische, de verpleegkundige en de gemeentelijke sociale expertise goed worden benut.

Niet alle vraagstukken vragen om een medisch antwoord. Het Nederlandse systeem rondom ondersteuning en zorg kent verschillende stelsels met verschillende vormen van bekostiging en een verschillend wetgevend kader. Dit zorgt voor versnippering van ondersteuning en zorg en leidt soms tot moeizame samenwerking tussen (zorg)aanbieders uit verschillende (zorg) sectoren. Om de maatschappij leefbaar te houden, en mensen waar nodig te ondersteunen bij hun sociale leven, gezondheid, participatie en omgang met hun gezondheid en kwetsbaarheid, is het essentieel dat er een goede verbinding is tussen de medische expertise (artsen), de verpleegkundige expertise (verzorgenden en verpleegkundigen) en de gemeentelijk sociale expertise (o.a. sociaal werkers en medewerkers publieke gezondheidszorg) en dat zij in staat worden gesteld om over de grenzen van wetten en deelsystemen (waaronder de zorgverzekeringswet) samen te werken.

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 cliënt of 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. Consequentie hiervan is dat de mantelzorger ook extra belast wordt en uitvalt o.a. op de werkvloer.

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 steeds vaker onder zware omstandigheden. In de zorg is de werkdruk hoog en de uitval groot. Ook ervaren sommige zorgprofessionals een gebrek aan vertrouwen, gebrek aan waardering, 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. Een voorbeeld hiervan is dat huisartsen in de afgelopen periode hebben aangegeven dat de werkdruk te hoog is en dat ze te weinig tijd te hebben voor de patiënt.

Ook de zorg heeft een opgave om te verduurzamen

De komende jaren zal de zorgvraag fors toenemen ook als gevolg van klimaatverandering. We krijgen meer en andersoortige gezondheidsproblemen, zoals meer last van hittestress, allergieën en luchtwegklachten, met bijbehorende stijgende druk op de zorg. De zorgsector draagt zelf ook bij aan milieuvervuiling en klimaatverandering en de daarmee gepaard gaande gezondheidsschade voor mensen. De zorgsector kan (en moet) daarom een bijdrage leveren aan het tegengaan hiervan. 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 en welzijn. Zonder maatregelen stijgt dit naar 19-21%. 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 is veel geld voor nodig: klimaat, veiligheid, onderwijs, wonen, etc. We besteden nu al meer geld aan zorg dan aan 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 de arbeidstekorten in de zorg op. Nu al werkt in Nederland volgens de WRR 1 op de 6 werknemers in de zorg. 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 willen daarom 1 op de 6 werknemers in de zorg als uitgangspunt houden. We zullen dus met grofweg hetzelfde aantal mensen aan de groeiende zorgvraag moeten voldoen. Ook dat vraagt om verandering.

Kortom, de ambitie is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden.

We willen anders (meer gericht op gezondheid en wat we kunnen, minder op ziekte); we moeten anders (arbeidsmarktkrapte, complexiteit, kwaliteit en uitgaven) en we kunnen anders (zie ook de goede voorbeelden later in het volgende hoofdstuk). Dit kan door de volgende opgaven centraal te stellen:

- 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 en voldoende keuzevrijheid te respecteren.
- Inzetten op gezondheid en welzijn door middel van (wijkgerichte) preventie en ondersteuning, zodat mensen zo gezond en vitaal mogelijk zijn en zorgvragen worden voorkomen of minder zwaar worden. Daarbij gaat het zowel om het bevorderen van een gezonde leefstijl en mentale gezondheidsvaardigheden in een gezonde leefomgeving als om het versterken van de sociale omgeving en zelfredzaamheid van mensen. Ondersteuning vanuit het sociaal en publiek domein en het aanpakken van niet-zorggerelateerde vraagstukken zijn hierbij van groot belang. Gemeenten vervullen hierin een essentiële rol.
- 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, lotgenoten, (beweeg)aanbod in het publieke domein of een combinatie.
- Optimaal inzetten van de beschikbare capaciteit die we hebben, zonder verspilling van de tijd en energie van mensen en geld.
- Verminderen van de administratieve lasten om zorgprofessionals te ontlasten.
- Behouden van de beschikbare zorgprofessionals door het werkplezier te vergroten, creëren van zeggenschap van zorgprofessionals over strategie, beleid en uitvoering van de zorg (shared governance), te werken vanuit vertrouwen in plaats van wantrouwen, 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.

- Inzetten op elektronische gegevensuitwisseling als essentiële randvoorwaarde voor goede en veilige zorg voor de patiënt/cliënt.
- Verder verbeteren van de uitkomsten van zorg door beter samen te werken ondersteund door een goed werkende (digitale) infrastructuur en door bewezen innovaties snel en effectief op te schalen en zorg die niet (meer) passend is af te schalen.
- Gericht ondersteunen of vervangen van schaarse capaciteit aan zorgmedewerkers door technologische toepassingen (eHealth) waardoor mensen zelf meer regie hebben over hun gezondheid.
- Inzetten op zorg met laagst mogelijke impact op klimaat, milieu en leefomgeving. 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.

Met de afspraken in dit Integraal Zorgakkoord (IZA) willen de ondertekenaars invulling geven aan deze ambitie en opgaven. Dit akkoord tussen de bij het IZA betrokken partijen bestaat uit zeven hoofdstukken en een werkagenda. De focus van dit akkoord ligt op de zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt, waarbij waar relevant ook de langdurige zorg, ondersteuning (Wmo), inzet op publieke gezondheid en het bredere sociaal domein wordt betrokken.

Werkprogramma inzet gemeenten
Gemeenten hebben een belangrijke rol om de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord te kunnen realiseren. Gemeenten hebben een (wettelijke) taak in het bieden van passende ondersteuning in de zelfredzaamheid van mensen en het bevorderen van een gezond en actief leven. Daarmee leveren gemeenten ook een belangrijke bijdrage aan het realiseren van een gezonde samenleving en het voorkomen of uitstellen dat mensen ziek worden. E zodoende in het beperken van de instroom in (duurdere) zorgvoorzieningen in de curatieve zorg. Met gemeenten worden in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) gezondheidsdoelen en doelen voor de sociale basis geformuleerd en acties afgesproken.

De komende maanden zal de VNG, in afstemming met VWS en de andere partijen bij het Integraal Zorgakkoord, een werkprogramma opstellen, waarin wordt uitgewerkt op welke wijze gemeenten concreet invulling kunnen geven aan hun rol en wat hiervoor randvoorwaardelijk nodig is. De doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord dienen daarbij als vertrekpunt. Tevens wordt een verbinding gelegd met de doelen en activiteiten uit het GALA en kunnen concrete afspraken hierin bestuurlijk worden verankerd.

Het werkprogramma van de VNG wordt betrokken bij de bestaande werkstructuur tussen zorgverzekeraars en gemeenten, de (bestuurlijke) overleggen die hierover tussen VNG, ZN en VWS al plaatsvinden en de (bestuurlijke) afspraken die al zijn gemaakt over het toewerken naar een regionale preventie infrastructuur. In een addendum bij zowel het IZA als GALA worden hierover nadere bestuurlijke afspraken gemaakt. Zie hierover verder de thematekst gezond leven en preventie (onderdeel G van de werkagenda).

Samenhang met andere trajecten vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Om samen de benodigde veranderingen te realiseren in de samenleving in brede zin en in de zorg in het bijzonder, onderschrijft het kabinet het belang om gezondheid te verankeren in alle beleidsterreinen. Op het gebied van VWS zet het kabinet daarom naast het IZA deze kabinetsperiode onder meer in op:

- Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Het doel van het GALA is om de beweging naar mentale en fysieke gezondheid en preventie met gemeenten kracht bij te zetten.
- Het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Het WOZO-programma draagt bij aan een brede maatschappelijke beweging en de transitie in wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen. WOZO zet in op een gemeenschappelijke opgave met veldpartijen; het lange termijn perspectief en een expliciete norm: zelfstandig als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.
- Het programma 'Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg; Samen anders leren en werken' (TAZ). De inzet van TAZ gaat langs de lijnen 'ruimte voor het vergroten van werkplezier', 'ruimte voor zorgmedewerkers om te leren en zich te blijven ontwikkelen' en 'ruimte voor nieuwe werkvormen'.
- De Green Deal Duurzame Zorg 3.0. In de Green Deal worden doelstellingen en afspraken opgenomen waarmee de zorgsector toewerkt naar een onomkeerbare transformatie naar zorg en ondersteuning met minimale impact op klimaat en milieu.
- De Hervormingsagenda Jeugd (HA). Deze bevat een pakket aan maatregelen om de jeugdzorg te verbeteren en het stelsel houdbaar te maken. Rijk en gemeenten werken hier samen aan met cliëntenorganisaties, professionals, en aanbieders van jeugdzorg. Streven is om de agenda eind van dit jaar vast te stellen voor de periode 2023-2028.

2

Waar gaan we naartoe

Passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid



De ondertekenende partijen willen volop en in de breedte van alle aspecten en terreinen van de zorg inzetten op passende zorg. Passende zorg is waardegedreven, komt samen met en rondom de patiënt tot stand, vindt plaats op de juiste plek en gaat over gezondheid in plaats van ziekte. Om de groeiende zorgvraag te kunnen opvangen, moet deze passen binnen de beschikbare mensen en middelen. Passende zorg is daarmee ook arbeidsbesparende zorg. Partijen streven daarmee te voorkomen dat het nodig is om 'harde' pakketmaatregelen te nemen, zoals het niet meer uit de basisverzekering vergoeden van bepaalde vormen van zorg, ongeacht de indicatie of mate van effectiviteit van zorg.

De beweging richting passende zorg is al langer in gang gezet en er lopen al veel mooie programma's en initiatieven waar met veel energie en motivatie aan gewerkt wordt. Partijen constateren echter ook dat er nog veel te winnen valt, met name als het gaat om congruent samenwerken en het laten landen van kennis en inzichten op de werkvloer. Om de zorg met elkaar toegankelijk te houden, is een brede transformatie nodig waar alle partijen vol op inzetten. Iedere partij heeft zijn rol, taak of verantwoordelijkheid voor passende zorg. De Rijksoverheid stelt de (wettelijke) kaders op voor pakketbeslissingen, maakt indien nodig pakketkeuzes en voert de regie op de transformatie en communicatie hierover en monitort de voortgang op het bereiken van de maatschappelijke doelen. Zorgaanbieders en zorgprofessionals zijn verantwoordelijk voor implementatie van passende zorg en monitoring van de uitvoering in de praktijk, de zorgverzekeraars voor de contractering en uitvoering van de verzekering en het ondersteunen van de transformatie, en toezichthouders motiveren en controleren.

Het recent verschenen Kader Passende Zorg[1] 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 verhoudingsgewijs 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 werken we met de vier principes van passende zorg:

- Passende zorg is waardegedreven (dat betekent dat zorg op de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap & praktijk 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 vindt plaats in een prettige en goede werkomgeving voor zorgprofessionals.

Samen vormen deze vijf principes de basis van dit akkoord. Ze geven richting bij de uitwerking ervan.

Vanuit het kader passende zorg spreken partijen af dat ieder vanuit diens taak en verantwoordelijkheid de volgende uitgangspunten hanteert:

1. Passende zorg moet waarde toevoegen aan de gezondheid van mensen tegen een proportionele inzet van middelen, personeel en grondstoffen (en is dus 'groen en klimaatneutraal').
2. Passende zorg is zorg waarvan op basis van de stand van de wetenschap en praktijk aannemelijk is dat het op groepsniveau effectief en doelmatig is.
3. Passende zorg geeft specifieke aandacht aan mensen met gezondheidsachterstanden.
4. Passende zorg komt tot stand in een gezamenlijk besluitvormingsproces met en rondom de patiënt/cliënt.
5. In het gezamenlijke besluitvormingsproces van passende zorg worden ook passende antwoorden van buiten de zorg besproken.
6. In het gezamenlijke besluitvormingsproces van passende zorg is gerichte aandacht voor mensen met gezondheidsachterstanden.
7. Passende zorg begint bij zelfzorg en informele zorg. Pas als dit onvoldoende bijdraagt, sluit formele zorg aan.
8. Passende zorg vindt dichtbij plaats als het kan, en verder weg als het moet vanwege kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur en/of schaars personeel.
9. Passende zorg vindt digitaal plaats als het kan en fysiek als het moet.
10. Passende zorg vergt (digitale en technologische) innovaties die bijdragen aan de maatschappelijke missie om zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken.
11. Passende zorg gaat niet alleen over biomedische aspecten van gezondheid, maar ook over andere levensterreinen.
12. Passende zorg is niet alleen een individueel zorgantwoord op gezondheidsvragen, maar verhoudt zich ook tot het collectief versterken van veerkracht en het voorkomen van gezondheidsvragen.

Passende zorg en duurzame zorg
De beweging die we maken naar passende zorg en het verduurzamen van de zorg liggen in elkaars verlengde en overlappen elkaar ook deels. Met de inzet op het voorkomen van zorg, op het leveren van de juiste zorg op de juiste plek, op het afremmen van medicalisering, op gepast gebruik, op

[1] Kader Passende Zorg | Rapport | Rijksoverheid.nl

meer gebruik van digitale/hybride zorg e.d. wordt tevens bijgedragen aan het leveren van zorg met zo min mogelijk impact op klimaat, milieu en leefomgeving. Immers de meest duurzame vorm van zorg is het voorkomen van zorg en het niet leveren van niet-zinnige zorg (gepast gebruik). Daarna volgt zorg die dichterbij huis of thuis kan worden geleverd, met mindere of lichtere behandelwijzen of digitaal/hybride. Dit draagt allemaal bij aan zorg die minder milieubelastend is, onder meer door minder gebruik van medische gebruiksmaterialen, minder energieverbruik en minder reisbewegingen van patiënten, medewerkers en toeleveranciers. Passende Zorg geleverd op de juiste plek met oog voor milieu- en klimaatimpact ís duurzame zorg.

In toenemende mate zijn professionals zich bewust dat zorg en ondersteuning impact hebben op het klimaat en milieu en dat dit vraagt om te kijken naar de manier waarop die zorg en ondersteuning geleverd wordt. In het coalitieakkoord is afgesproken dat in 2030 een minimale CO_2-reductie is van 55% t.o.v. 1990, waarbij het beleid zicht richt op 60% CO_2 reductie, en klimaatneutraal in 2050. CO_2 reductie is één van de vijf pijlers van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0. De ondertekenaars van het IZA erkennen de maatschappelijke verantwoordelijkheid om verduurzaming zo snel en efficiënt mogelijk te bewerkstelligen – iedere partij vanuit zijn eigen rol, verantwoordelijkheid en mogelijkheden. In het IZA is duurzaamheid daarom een toets-criterium bij elke transitie. Inhoudelijke afspraken over de uitvoering en financiering van verdere verduurzaming van de zorg krijgen een plek in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0. en maken daarom verder geen onderdeel uit van het IZA. De minister van VWS is in gesprek met de minister van EZK om de zorg mee te laten lopen in de programma's die vanuit EZK lopen op het gebied van verduurzaming, waarbij tevens wordt voorzien in financiering van de verduurzaming.

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.

Ouderenzorg

Onder het mom '*Eenvoudig als het kan, bijzonder als het moet*' werken huisartsen, het ziekenhuis, VVT-instellingen en de gemeente Maastricht samen om de zorg voor ouderen in Maastricht en het Heuvelland beter stroomlijnen. Hiertoe zijn tal van interventies uitgewerkt. Van een zorgprogramma Complexe zorg voor ouderen, een VVT-coördinatie- en expertisepunt, videoconsultatie ouderenzorg, de inzet van een wijkverpleegkundige op de HAP tot de ontwikkeling van een expertisecentrum kortdurende ouderenzorg. Dit alles met als doel geen ouderen (onnodig) lang in het ziekenhuis.

3

Afspraken

Wat gaan we doen de komende jaren?



Kiezen voor passende zorg vraagt om fundamentele veranderingen. Die verandering gaan we niet binnen een paar jaar of binnen één kabinetsperiode realiseren. De richting waarvoor we in het IZA kiezen is daarom niet alleen bepalend voor ons denken, handelen en doen tijdens de loop van het akkoord, maar ook voor de langere termijn. Tegelijkertijd moeten we vandaag beginnen.

Kiezen voor passende zorg en ondersteuning vraagt ook om scherpe keuzes en goede randvoorwaarden. Dit wordt onderschreven door tal van rapporten die de afgelopen jaren zijn verschenen, zoals het rapport van de Taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek', het WRR-rapport 'Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen maatschappelijk draagvlak', de SER-verkenning 'Zorg voor de Toekomst', de discussienota 'Zorg voor de toekomst' van VWS en het adviesrapport 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut. Deze rapporten laten zien dat passende zorg iets van ons allemaal vraagt: van patiënten, zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorginkopers en de overheid. Elk met zijn eigen verantwoordelijkheid.

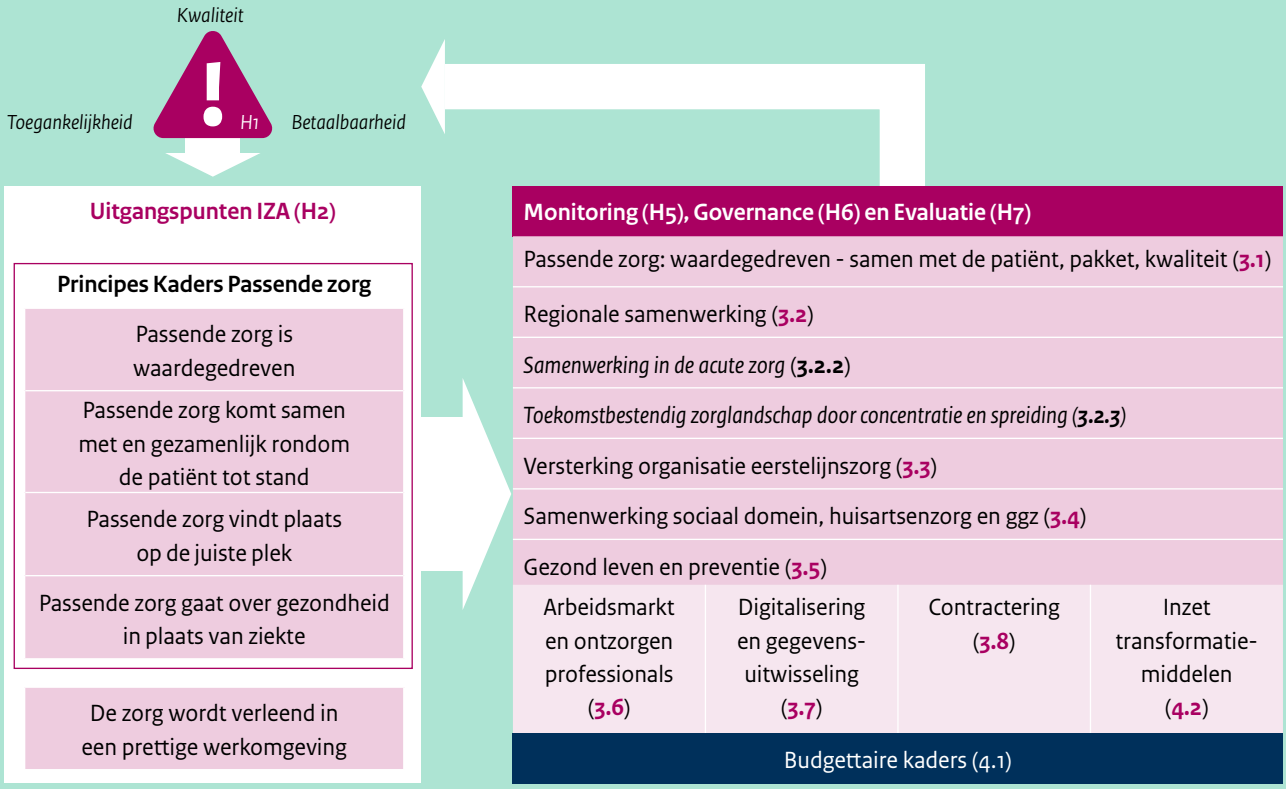
Commitment op een werkagenda

De ondertekende IZA partijen onderkennen het belang van de omslag naar passende zorg en ondersteunen de doelen die worden gesteld. Verandering is dringend nodig om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te behouden en te verbeteren. De IZA partijen maken in dit akkoord afspraken om de hierboven beschreven transitie te realiseren. In totaliteit is het een werkagenda waar we ons aan verbinden. We zullen de voortgang en haalbaarheid regulier toetsen. Die werkagenda heeft een aantal kenmerken:

- Partijen verwachten dat de uitvoering van de werkagenda ervoor zorgt dat de noodzakelijke veranderingen in de zorg tot stand komen. Dit zal niet vanzelf gaan. Alle zeilen moeten worden bijgezet. De werkagenda vraagt inzet en commitment van alle partijen.
- De werkagenda is niet vrijblijvend maar vraagt dat ieder zijn verantwoordelijkheid neemt.
- De werkagenda moet worden gemonitord op zowel de voortgang van de afgesproken activiteiten als op het realiseren van de beoogde verbeteringen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Zie ook hoofdstuk 5.
- De werkagenda is ambitieus. Dit zal de komende tijd goed georganiseerd moeten worden, waarbij oog is voor de haalbaarheid, waaronder de impact op de administratieve lastendruk en de (juridische) uitvoerbaarheid van alle plannen. Onderdeel van de IZA plannen kan zijn dat overheden zich, waar nodig, inspannen om wet- en regelgeving aan te passen.
- De werkagenda is dynamisch: op basis van de monitoring zal indien nodig worden bijgestuurd om de doelen te realiseren. Mogelijk moeten toch scherpere keuzes worden gemaakt om de inhoudelijke doelen te bereiken binnen de afgesproken financiële randvoorwaarden. Het is dan aan de overheid en de politiek om deze keuzes te maken. VWS brengt in overleg met partijen in beeld aan wat voor keuzes dan gedacht kan worden. De overheid heeft een verantwoordelijkheid om die keuzes te verdedigen en heeft de primaire verantwoordelijkheid op terrein van pakketbeheer. De IZA partijen hebben, afhankelijk van hun rol in het zorgveld, een belangrijke rol in het kweken van begrip voor het collectieve belang van het maken van deze keuzes in de samenleving.
- Er zijn budgettaire kaders vastgelegd waarbinnen deze werkagenda moet worden uitgevoerd. Het is op dit moment nog onvoldoende scherp gekwantificeerd in hoeverre de budgettaire kaders realiseerbaar zijn met de maatregelen die uitgewerkt zijn in de inhoudelijke thema's. De komende periode zal deze kwantificering worden uitgewerkt.

De beoogde verandering is uitgewerkt in inhoudelijke thema's en meer algemene thema's. Zie ook hiernaast staand schema. Hieronder gaan we 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 zetten.

Dit hoofdstuk bevat een samenvatting van de verschillende onderdelen. De volledige teksten zijn te vinden in de werkagenda.



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

Passende zorg is waardegedreven. Dat betekent dat zorg op de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap & praktijk en meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen.

In onderdeel A van de werkagenda worden de afspraken die gemaakt zijn voor dit thema uitgebreid beschreven.
De afspraken zien op de volgende zaken:

- Algemene afspraken
- Pakketbeheer en passende zorgpraktijken
- Passende zorg in uitvoering - cyclus van gepast gebruik
- Continue leer- en verbetercyclus door zorgprofessionals en patiënten
- Voortzetting en integrale resultaatgerichte aanpak van programma's/projecten
- Naar een beheersbaar en efficiënt kwaliteitsregistratie-landschap
- Uitkomstinformatie die er voor de patiënt toe doet
- Dure geneesmiddelen
- Risicoverevening
- Randvoorwaarden

3.2 Regionale samenwerking

3.2.1 Algemeen

Passende zorg is de Juiste Zorg op de Juiste Plek. IZA-partijen maken afspraken over samenwerking in de regio. Partijen maken regiobeelden (per zorgkantoorregio) op basis waarvan zij concrete regioplannen opstellen. Zo organiseren zij de nodige transformaties met als doel de integrale gezondheidszorg in de regio te waarborgen. Partijen spreken af criteria op te stellen voor regiobeelden en regioplannen. Partijen zijn door middel van mandaat vertegenwoordigd. Indien zij er niet uitkomen bespreken zij dat in het bestuurlijke IZA-kwartaaloverleg en kunnen zij, zoals dat nu ook kan, escaleren naar de NZa. De overheid verbindt zich tot een aantal randvoorwaarden, zoals het oplossen van knelpunten zoals bekostiging, het (financieel) ondersteunen van (domeinoverstijgende) samen-werkingsverbanden en het beschikbaar stellen van basisdata en regioanalyses.

In onderdeel B van de werkagenda worden de afspraken die gemaakt zijn voor dit thema uitgebreid beschreven.

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 te kunnen blijven borgen, maken we afspraken over het voorkomen van acute zorg, zorgcoördinatie en triage, kwaliteit van acute zorg, differen-tiatie, concentratie en spreiding, samenwerken in de keten, ROAZ-plannen, delen van informatie en bekostiging.

In onderdeel C van de werkagenda worden de afspraken die gemaakt zijn voor dit thema uitgebreid beschreven. Daarbij worden ook maatregelen beschreven die de continuïteit en kwaliteit van de Avond, Nacht en Weekendzorg waarborgen.

3.2.3 Toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding

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 netwerken en, in en tussen goed opgeleide teams waarborgen, zodat voor het toenemend aantal patiënten de beste zorg geboden blijft worden met de beste kwaliteit, doelmatigheid en doeltreffendheid. Het gaat daarbij om zowel diagnostiek, behandeling, nazorg als palliatieve zorg.
Om dit te bereiken, moeten partijen meer dan ooit samenwerken. De ontwikkelingen in diagnostiek en behandelingen gaan zo snel dat het van belang is om de kennis en expertise van zorg verder vorm te geven, meer te specialiseren/differentiëren en te concentreren, evenals de samenwerking in netwerken te bevorderen. Doel is om door verdere concentratie de kwaliteit van zorg te verhogen en de toegankelijkheid van zorg te borgen door schaars personeel en dure infrastructuur optimaal in te zetten. Ook spreiding van planbare zorg vraagt om samenwerking binnen zorgnetwerken en tussen ziekenhuizen, UMC's, zelfstandige behandelcentra en zorgverzekeraars.

In onderdeel D van de werkagenda worden de afspraken die gemaakt zijn voor dit thema uitgebreid beschreven.

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 hebben daardoor ook vaak te maken met meerdere zorgaanbieders. De huidige structuur van de eerstelijnszorg betekent tegelijkertijd dat er veel op individuele zorgverleners aankomt en zij steeds minder met zorgverlening en steeds meer met randzaken bezig zijn. De huisarts staat als spil van die eerstelijnszorg onder grote druk, net als de (eerstelijns) zorgverleners waar hij mee samenwerkt. Met de afspraken werken we toe naar een eerstelijnszorg die blijvend beschikbaar en toegankelijk is voor iedereen.

In onderdeel E van de werkagenda worden de afspraken die gemaakt zijn voor dit thema uitgebreid beschreven. De afspraken zien op de volgende zaken:

- Visie en plan van aanpak
- Optimaal benutten van beschikbare personele capaciteit en expertise
- Meer tijd voor de patiënt
- Organiseren en samenwerken
- Inhoud en kwaliteit van zorg
- Beschikbaarheid en inzet van financiële middelen

3.4 Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz

Het aantal mensen met psychische klachten dat een beroep doet op ondersteuning bij gemeenten, de huisartsenzorg en/of de ggz stijgt al jaren. Dit zet deze voorzieningen in combinatie met een schaarste aan personeel onder hoge druk. Vanwege lange wachttijden zijn huisartsen lang verantwoordelijk voor mensen met een complexe ggz-hulpvraag. Professionals in het sociaal domein ervaren 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 direct richt op behandeling van psychische klachten, die voortkomen uit problemen op andere levensgebieden. Ook is het in de praktijk vaak moeilijk om 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.

In onderdeel F van de werkagenda worden de afspraken die gemaakt zijn voor dit thema uitgebreid beschreven.
De afspraken zien op de volgende zaken:

- Versterken sociale basis
- Verbeteren samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz-zorg
- Wettelijke en financiële mogelijkheden domeinoverstijgende samenwerking

3.5 Gezond leven en preventie

Gezondheid is een breed begrip. Het betreft het fysieke, mentale én maatschappelijk welzijn van mensen en wordt beïnvloed door de leefomgeving, leefstijl, (mentale) gezondheidsvaardigheden, sociale netwerk en de mate waarin iemand mee kan doen in de samenleving. Een gezonde leefstijl met aandacht voor een gezonde leefomgeving, vanaf het prille begin van het leven, moet onderdeel uitmaken van het dagelijks leven van burgers. Als daarbij ondersteuning nodig is, is het publieke of sociale domein daarvoor de eerstaangewezen plek. De bijdrage vanuit de Zvw-verzekerde zorg ligt op geïndiceerde preventie (mensen met verhoogd risico op ziekte), zorggerelateerde preventie, 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.

In onderdeel G van de werkagenda worden de afspraken voor dit thema uitgebreid beschreven. De afspraken gaan over:

- Ketenafspraken preventie en leefstijl
- Afspraken vanuit of in het Zvw-domein
- Randvoorwaarden, zoals health in all policies

3.6 Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals

De krapte op de arbeidsmarkt stelt de zorg voor een grote uitdaging. Een houdbare arbeidsmarkt vraagt brede inzet om met minder meer personeel aan de zorgvraag te voldoen. Met de afspraken onder dit thema wordt ingezet op het vergroten van werkplezier en het behoud van zorgprofessionals die de sleutel vormen tot een toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg. Op het gebied van zingeving en de daarmee samenhangende bevlogenheid van medewerkers scoort de zorg al uitstekend. Op andere gebieden moet het verbeteren.

In onderdeel H van de werkagenda worden de afspraken die gemaakt zijn voor dit thema uitgebreid beschreven.
Zij gaan over:

- Professionele ruimte
- Goed werkgeverschap/dialoog voor behoud en inzetbaarheid
- Vermindering regeldruk
- Bevorderen aantrekkelijkheid werken in loondienst
- Sociale en technologische innovaties
- Opleiden en begeleidingscapaciteit
- Eén financieel arrangement vanuit TAZ
- Ruimte voor arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de tarieven

3.7 Digitalisering en gegevensuitwisseling

Elektronische gegevensuitwisseling draagt bij aan goede en veilige zorg voor de patiënt/cliënt, verlicht de werkdruk van zorgverleners en is een essentiële randvoorwaarde om de andere doelen uit het IZA te behalen. Om optimaal gebruik te maken van patiëntgegevens moeten deze goed beschikbaar, bereikbaar en voor primair en secundair gebruik herbruikbaar zijn voor andere zorgverleners in het netwerk van de patiënt en de patiënt zelf via een Persoonlijke Gezondheidsomgeving. Partijen in het IZA werken onder regie van VWS aan het wegnemen van knelpunten om ervoor te zorgen dat elektronische gegevensuitwisseling de standaard wordt. Het belang van privacy en gegevensbescherming wordt altijd meegewogen.

Passende zorg betekent steeds vaker ook hybride zorg: een mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg en ondersteuning van gezondheid, waar mogelijk gepersonaliseerd en op maat. Uitgangspunten hierbij zijn: *zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan*. Partijen werken samen aan brede opschaling en toepassing van hybride zorg.

In onderdeel I van de werkagenda worden de afspraken die gemaakt zijn voor dit thema uitgebreid beschreven.

3.8 Contractering

Het grootste deel van de zorg binnen de Zorgverzekeringswet wordt concurrentieel ingekocht en individueel gecontracteerd. Dat is en blijft het uitgangspunt van ons zorgstelsel. De contractrelatie is van belang voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de transformaties naar passende zorg te realiseren.
Om de contractrelatie te verbeteren, spreken we af dat we het contracteerproces verbeteren en dat we de prikkels tot contractering vergroten. Voor impactvolle transformaties is het bovendien nodig dat zorgverzekeraars gelijkgericht contracteren.
Hierover worden in dit thema ook afspraken gemaakt.

In onderdeel J van de werkagenda worden de afspraken die gemaakt zijn voor dit thema uitgebreid beschreven.
Zij gaan over:

- Verbetering contracteerproces
- Gelijkgerichte contractering bij “impactvolle transformaties”
- Sturingsmogelijkheden door contractering
- Doorvertaling loon- en prijsbijstelling

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 2022. De maatregelen uit het coalitieakkoord leiden per saldo tot een jaarlijkse ruimte voor volumegroei 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 in het IZA betreffen de volgende sectoren: medisch-specialistische zorg (MSZ), geestelijke gezondheidszorg (GGZ), wijkverpleging, huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg (MDZ), Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP).
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 en GGZ) en meer groei in de eerstelijnszorg (Huisartsenzorg, MDZ, Wijkverpleging, ELV, GRZ en GZSP).
    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. Aanvullend zijn bij het coalitieakkoord aparte enveloppen beschikbaar gesteld, waaronder voor standaardisatie gegevensuitwisseling (€ 1 miljard in periode 2023-2026).
    iv. 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.
    v. In 2024 vindt een tussentijds evaluatiemoment plaats.

4.1.2 Financiële afspraken

a. Financiële kaders
    In de tabel onderaan deze pagina staan voor de jaren 2019-2022 de uitgaven op basis van de actuele inzichten (stand medio 2022). Voor 2022 betreft het een voorlopige jaarraming op basis van 2 kwartalen. Voor de jaren 2023-2026 laat deze tabel de beschikbare macrokaders zien op basis van de afspraken in het IZA (in prijspeil 2022, exclusief loon- en prijsbijstellingen in de jaren 2023-2026).[2] Deze tabel is exclusief de transformatie- en investeringsmiddelen (totaal € 2,8 miljard in de jaren 2023-2027).

b. De afgesproken gemiddelde beschikbare volumegroei (verwerkt in onderstaande tabel), 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.

Voor de sector ELV/GRZ/GZSP zijn geen groeipercentages afgesproken, maar vinden partijen het wenselijk dat ook in deze sectoren een ruime groei mogelijk is. De groeiruimte voor deze sector wordt jaarlijks eenzijdig door VWS bepaald (voor 2023 gaat het om circa 3%).

Bedragen x € 1 miljoen	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
MSZ	23.598	24.652	25.859	26.369	26.201	26.468	26.578	26.579
GGZ*	3.976	4.340	2.973	4.625	4.620	4.658	4.655	4.674
Wijkverpleging	3.521	3.446	3.339	3.269	3.802	3.870	3.973	4.100
Huisartsenzorg	3.074	3.286	3.437	3.579	3.689	3.776	3.890	4.026
MDZ	604	662	698	715	759	782	813	853
Totaal (Macrokader IZA)	**34.773**	**36.386**	**36.306**	**38.557**	**39.071**	**39.553**	**39.909**	**40.232**

** De GGZ laat in 2021 een eenmalige schadelastdip zien in verband met de invoering van het Zorgprestatiemodel.*

[2] *Pandemische paraatheid is geen onderdeel van de genoemde kaders. Uitzondering hierop is de opschaling tot 1150 IC-bedden, deze is onderdeel van het kader MSZ (zie onderdeel K). Over dit onderwerp wordt nog separaat gesproken.*

c. Het startniveau van de macrokaders per sector is meerjarig bijgesteld op basis van actuele inzichten over het gerealiseerde uitgavenniveau in recente jaren (reeds verwerkt in bovenstaande tabel) [3].
d. Voor de partijen die deelnemen aan het IZA zijn in aanvulling op de beschikbare kaders transformatiemiddelen en specifieke investeringsmiddelen beschikbaar (€ 2,8 miljard totaal in 2023-2027).. Een van de uitgangspunten hierbij zal zijn het gelijkgericht inzetten bij impactvolle transformaties van transitiegelden door zorgverzekeraars op basis van criteria die van tevoren zijn opgesteld door IZA-partijen. Ander uitgangspunt is dat niet bestede transformatiemiddelen in een jaar die aan het Zvw-kader zijn toegevoegd beschikbaar blijven voor de transitie mits dit doelmatig en doeltreffend is. Daarnaast is afgesproken dat niet bestede transformatiemiddelen niet in de reserves van zorgverzekeraars terecht komen, de zogenaamde 'use-it-or-lose-it'-afspraak. Ten aanzien van de transformatiemiddelen gaat het om in totaal € 2,8 miljard waarover aanvullend de volgende afspraken zijn gemaakt:
    - 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 van de sector. Dit leidt tot de volgende verdeling: MSZ € 940 miljoen, GGZ € 160 miljoen, huisartsenzorg en MDZ € 160 miljoen, wijkverpleging € 140 miljoen. Vanuit de transformatiemiddelen MSZ is in de periode 2023-2026 € 100 miljoen beschikbaar voor de programma's Topzorg, Citrien en Doelmatigheidsonderzoek. Vanuit de transformatiemiddelen MSZ is tevens in totaal € 4,4 miljoen aan tijdelijke middelen beschikbaar voor vervolgontwikkeling MSZ-vervolgopleiding (€ 1,1 miljoen per jaar).
    - De resterende transformatiemiddelen (€ 1,4 miljard) zijn beschikbaar voor alle partijen voor plannen die bijdragen aan de doelstellingen van het IZA. Van dit deel is € 40 miljoen geoormerkt beschikbaar voor de sector eerstelijnsverblijf/geriatrische revalidatiezorg. Onder alle partijen horen ook partijen uit het sociaal domein voor zover die onderdeel uitmaken van IZA-transformatieplannen. Tevens is uit dit deel van de transformatiemiddelen in totaal maximaal € 48 miljoen beschikbaar uit voor het onderzoeksprogramma V&V met focus op passende zorg, arbeidsbesparende interventies, technologie en behoud van zorgprofessionals, alsmede voor het ontwikkelen van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden door V&VN i.s.m. relevante partijen voor alle Zvw-sectoren.

e. Alle afspraken die in het kader van IZA worden gemaakt dienen te passen binnen de in het IZA beschreven financiële middelen. Dit betreft zowel zorguitgaven als coalitieakkoordenveloppen.

4.1.3 Macrobeheersing en omgang met overschrijdingen

Algemeen

a. Indien onverhoopt het afgesproken financiële kader van een individuele sector wordt overschreden, treden betrokken partijen hierover in overleg, waarbij gekeken zal worden naar de aard en oorzaak van de overschrijding.
b. Bij een eventuele overschrijding wordt ook bezien of er op totaalniveau sprake is van een overschrijding van het macrokader IZA. Als het totale macrokader IZA, zoals opgenomen in paragraaf 4.1.2, lid a van deze afspraken, niet is overschreden kan dit aanleiding voor VWS zijn om geen maatregelen te nemen.
c. Partijen kunnen in overleg treden over kader- of tariefkortingen. VWS kan maatregelen nemen om de overschrijding te redresseren waaronder via inzet van het macrobeheersinstrument.
d. Partijen volgen de lopende discussies over de forensische zorg en de gevolgen daarvan voor de budgettaire kaders van de Zorgverzekeringswet.

4.2 Inzet transformatiemiddelen

4.2.1 Algemene afspraken

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

- *Algemeen uitgangspunt:* Transformatiemiddelen worden, de naam zegt het al, ingezet om de noodzakelijke zorgtransformatie naar arbeidsbesparende, passende zorg te realiseren en/of te versnellen. Transformatiemiddelen 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 transformatiemiddelen is incidenteel, voor een bepaalde periode van maximaal 5 jaar, en dus niet structureel. Voor transformatiemiddelen geldt als uitgangspunt "use it or lose it"; niet ingezette transformatiemiddelen komen dus niet ten goede aan het eigen vermogen van de zorgverzekeraars of zorgaanbieders. Het inzetten van transformatiemiddelen is één van de instrumenten om de noodzakelijke zorgtransformaties te bevorderen. Het uitgeven van transformatiemiddelen is geen doel op zich.
- *Verdeling transformatiemiddelen over sectoren:* Om te borgen dat de verschillende sectoren de noodzakelijke transformaties kunnen inzetten, spreken de IZA-partijen af dat 50% van de transformatiemiddelen voor zorgsectoren zijn

[3] *Dit leidt tot de volgende structurele bijstellingen: opwaarts bijstellen kader MSZ (€ 200 miljoen) en GGZ (€ 180 miljoen) en neerwaarts bijstellen wijkverpleging € 600 miljoen, huisartsenzorg (€ 80 miljoen) en MDZ (€ 20 miljoen).*

geoormerkt naar rato van hun gebudgetteerde omzet in 2023. Alle aan een sector toe te rekenen transformatiemiddelen tellen mee in deze 50%, ongeacht of die transformatiemiddelen via VWS of via zorgverzekeraars of anderszins worden betaald aan de betrokken zorgaanbieders. Als de beschikbare transformatiemiddelen in een bepaalde sector niet wordt uitgeput, komen deze beschikbaar voor andere sectoren.

- *Beweging van onderop en bovenaf:* Met de transformatiemiddelen kunnen individuele, lokale, regionale of landelijke initiatieven worden ondersteund die bijdragen aan de verwezenlijking van de inhoudelijke doelen en financiele 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 zoals die zijn vastgelegd in de IZA-themateksten. Hierover wordt besloten tijdens de bestuurlijke IZA-kwartaaloverleggen.
- *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 informatie steeds uiterlijk twee weken voor het bestuurlijke IZA-kwartaaloverleg.
- *Toezicht op inzet transformatiemiddelen:* Vanwege het ontbreken van de gewone concurrentiële doelmatigheidsprikkel 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, in overleg met ZN en andere IZA- partijen. Om bureaucratie en vertragingen te voorkomen gaat het dan met name om toetsing achteraf en niet om goedkeuring vooraf. Dit is uiteraard ook onderwerp van gesprek tijdens de bestuurlijke IZA-kwartaaloverleggen.

4.2.2 Inzet transformatiemiddelen via VWS

Ten aanzien van de inzet van transformatiemiddelen wordt een onderscheid gemaakt tussen de inzet via de begroting van VWS en via zorgverzekeraars (macrokader voor de zorginkoop).

De transformatiemiddelen worden grotendeels toegekend via de zorgverzekeraars. Daarvan kan worden afgeweken als financiering via VWS logischer is (in de vorm van subsidie, opdracht, inzet van VWS-uitvoeringsorganisaties e.d.). Uitgangspunt is dat een zeer substantieel deel van de transformatiemiddelen via zorgverzekeraars loopt en een beperkt deel via de VWS-begroting. Exacte bedragen worden jaarlijks uiterlijk in Q2 met IZA-partijen vastgesteld voor financiële verwerking in de VWS-begroting van het jaar t+1. De uitputting van alle transformatiemiddelen is onderwerp van gesprek in de bestuurlijke IZA-kwartaaloverleggen.

Op basis van de bestuurlijke afspraken (zie onderdeel K) wordt bij VWS-begroting 2023 een specifiek, geoormerkt deel van de transformatiemiddelen direct toegewezen voor uitvoering via de VWS-begroting (zie tabel). Dit betreft € 22,2 miljoen in 2023, oplopend tot € 25,0 miljoen in 2026.

Reeds toegekende transformatiemiddelen, via VWS-begroting

	2022	2023	2024	2025	2026
Zelfzorgmiddelen (o.a. Thuisarts)		2,5	3,5	5,0	6,0
Overbruggingskrediet gegevensuitwisseling huisartsen		2,2	0,5	0,5	
Nationale onderzoeksagenda		1,5	2,0	2,0	2,0
Topzorg, Citrienfonds[4]		13,0	13,0	13,0	13,0
Flankerend beleid		3,0	4,0	4,0	4,0
Totaal		**22,2**	**23,0**	**24,5**	**25,0**

In aanvulling op deze toegekende transformatiemiddelen is afgesproken dat transformatiemiddelen worden ingezet voor medisch specialistische vervolgopleidingen, doelmatigheidsonderzoek in het msz domein, en een onderzoeksprogramma verpleging en verzorging.

De verwachting is dat de uitgaven in 2023 beperkter zullen zijn dan in latere jaren voor de VWS-begroting 2023 is geraamd: € 280 miljoen als zorguitgaven onder het UPZ en € 22,2 miljoen via de VWS-begroting. De resterende transformatiemiddelen uit 2023 blijven beschikbaar voor de transformatie.

[4] *Exclusief verhoging van € 52 miljoen naar € 100 miljoen in periode 2023-2026, die ook is bedoeld voor doelmatigheidsonderzoek in het msz-domein (zie par. 4.1.2, onder d, sub i).*

De komende maanden moet op basis van nadere uitwerking door de thematafels duidelijk worden of en in hoeverre er andere (landelijke) initiatieven zijn waarvoor bij voorbaat financiering vanuit VWS aangewezen is. Uiterlijk in het eerste kwartaal 2023 moet hierover duidelijkheid bestaan.

VWS communiceert richting IZA-partijen voor 1 november 2022 een proces voor toewijzing voor het transitiegeld via de VWS-begroting met toewijzingscriteria, rekening houdend met de afspraken die IZA-partijen hebben gemaakt over inzet van transformatiemiddelen via zorgverzekeraars en met regels voor de rechtmatige verstrekking van middelen.

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 bij transformaties. Daarmee wordt voorkomen dat de transformatiemiddelen worden besteed waar dat niet leidt tot de wezenlijke transformatie. Inzet van transformatiemiddelen dient gekoppeld te zijn aan een transformatieplan voor een impactvolle transformatie, zoals beschreven in het onderdeel Contractering. Transformatieplannen kunnen op ieder moment worden ingediend, er hoeft niet te worden gewacht op een grote verzameling plannen voordat de beoordeling plaats vindt. De plannen worden direct beoordeeld of ze worden aangemerkt als 'impactvolle transformatie'. Ieder transformatieplan wordt op eigen merites beoordeeld, in samenhang met beschikbare regiobeelden en regioplannen. Partijen houden daarbij uiteraard wel rekening met de overeengekomen financiële kaders per sector en over de jaren. Dat wordt tijdens de bestuurlijke IZA-kwartaaloverleggen besproken, mede op basis van informatie van de NZa en zorgverzekeraars.
- *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' (zie onderdeel J. Contractering).
  2. Beoordeling transformatieplan en aanvraag transformatiemiddelen: De betrokken zorgverzekeraar(s) beoordelen een transformatieplan en de aanvraag van transformatiemiddelen op basis van het "Beoordelingskader impactvolle zorgtransformaties". Wanneer het transformatieplan voldoet aan de voorwaarden uit het "Beoordelingskader impactvolle zorgtransformaties" en de inzet van transformatiemiddelen zijn goedgekeurd door de 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. In het onderdeel Contractering wordt het bijbehorende toezicht op dit proces beschreven.
  3. Betaling: Betaling is gekoppeld aan het behalen van overeengekomen resultaten of overeengekomen inspanningen. Hierover worden namens de zorgverzekeraars afspraken gemaakt door de zorgverzekeraar(s) met de bij het transformatieplan betrokken zorgaanbieder(s).
  4. Monitoring: De betrokken zorgverzekeraars monitoren de resultaten die gekoppeld zijn aan de toekenning van transformatiemiddelen in het desbetreffende transformatieplan. Er is een bestuurlijk overleg IZA dat eventueel benut kan worden voor escalatie.
- *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:
  - In 2023, en indien 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 macro-prestatiebedrag en hierbij via het somatische en ggz risicovereveningsmodel verdeeld over de zorgverzekeraars. Via hernieuwde prijsafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders komen deze trans-

formatiemiddelen 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.

- Vanaf 2024 of 2025: De voorkeursvariant is dat betaling van transformatiemiddelen gebeurt op basis van een aparte (lump sum) prestatie, geboekt als zogenaamde vaste kosten component onder het UPZ/Macroprestatiebedrag. 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. De monitor moet zowel richting geven aan de agenda van de bestuurlijke overleggen als aan de samenleving kunnen verantwoorden dat de IZA leidt tot merkbare verbeteringen op de korte en middellange termijn. Voor deze beide functies van de monitor heeft een doelgroepenbenadering een duidelijke meerwaarde. Enerzijds maakt het concreet wat de uitvoering van afspraken betekent voor de zorgverlening aan patiënten; anderzijds geeft het een focus op het realiseren van de (middel)lange termijndoelen voor een aantal grote doelgroepen waardoor de impact van het IZA duidelijk wordt niet alleen voor de patiënt maar ook voor het zorgpersoneel en de financiën.

Het monitoren heeft doelen op verschillende niveaus:

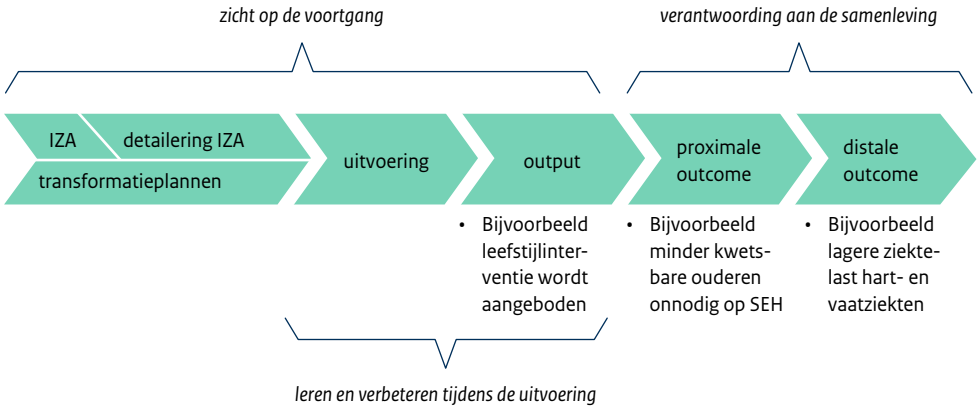
1. Zicht houden op de voortgang van planvorming en uitvoering van de afspraken en plannen: het niveau van procesafspraken.
2. Leren en verbeteren tijdens de uitvoering van de afspraken en plannen door tijdig bij te sturen waar nodig is: het niveau van output.
3. Volgen wat de effecten zijn van alle inspanningen op de gezondheid van mensen en de financiële en personele houdbaarheid van het zorgsysteem op de (middel)lange termijn: het niveau van outcome.

De monitor van de procesafspraken volgt min of meer automatisch uit de afspraken die in het kader van het IZA-akkoord zijn gemaakt. Deze zullen worden vastgelegd en bewaakt in een overkoepelend programmaplan.

De monitor van de output volgt de randvoordwaarden en streefdoelen die ten grondslag liggen aan het IZA-akkoord. Daarbij gaat het onder meer om de uitputting van de financiële kaders en de transformatiebudgetten en ontwikkelingen op het gebied van de personele houdbaarheid.
Daartoe zal de financiële monitor van de uitgaven vier keer per jaar door het Zorginstituut Nederland worden geactualiseerd; de NZa zal vier keer per jaar inzicht geven in de uitputting van de transformatiegelden[5] en VWS zal vier keer per jaar op het niveau van output een update geven van de stand van zaken m.b.t. de afspraken op het terrein van de arbeidsmarkt. Daarnaast zullen in het kader van de afspraken onder de afzonderlijke thema's nog separate onderwerpen gemonitord worden. Deze volgen uit de specifieke themabijlagen. In de analysefase kunnen deze thema's nog verder worden aangevuld met andere doelen en indicatoren zoals bijvoorbeeld over wachtlijsten. De doelgroepenbenadering is hierbij een middel om de voortgang meer concreet te maken.

Bij de monitor van de outcome ligt de focus op wat alle inspanningen vanuit het IZA ons opleveren en in hoeverre de IZA-afspraken ons dichter bij onze (lange termijn-) doelen brengen op het gebied van de maatschappelijke doelen, kwaliteit en toegankelijkheid.

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)[6].



[5] *De technische inrichting hiervan moet door de NZa nog worden vormgegeven. Uitgangspunt van de NZa daarbij is dat er zo min mogelijk extra administratie lasten zullen worden toegevoegd.*

[6] *Outcomes kunnen proximaal of distaal zijn; proximale uitkomsten staan dichter in verbinding tot 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).*

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 het moment van 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 op landelijk niveau. 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.

5.3 Effecten op de gezondheid van mensen en de financiële en personele houdbaarheid van het zorgsysteem

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 dichter bij 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), waarbij er ruimte is voor het toevoegen van extra doelgroepen. De doelgroepen dekken een groot deel af van het zorggebruik in Nederland. De veronderstelling is dat goede resultaten voor deze doelgroepen een goede indicatie zijn voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid over de volle breedte van de zorg.

Het betreft:

- mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (1 op de 3 Nederlanders, 36,4%) heeft beperkte gezondheidsvaardigheden);
- ouderen met een kwetsbare gezondheid;

en een aantal patiëntgroepen die veel zorg vragen zoals mensen met;

- psychische klachten (circa 1,4 miljoen mensen met een psychische stoornis in 2019);
- (risico op) kanker (circa 125.000 nieuwe kankerdiagnoses per jaar);
- (risico op) hart- en vaatziekten (circa 1,9 miljoen mensen met hart- en vaatziekten).

Om deze concrete resultaten voor verschillende doelgroepen te halen zal iedere medewerker in de zorg de komende jaren hard nodig zijn. Gezonde en gelukkige medewerkers zijn daarmee essentieel. We moeten onze zorgprofessionals daarom gezond en gemotiveerd houden zodat zij duurzaam inzetbaar zijn, met ruimte voor werkplezier en ontwikkeling. Ook hiervoor zullen outcomedoelen worden geformuleerd.

In bijlage L is een nadere uitwerking te vinden van de doelgroepen en wordt een voorstel gedaan voor de beoogde resultaten per doelgroep. De doelgroepen en resultaten zullen de komende tijd verder worden uitgewerkt in overleg met alle betrokken partijen. Een toets op de haalbaarheid van de resultaten ('reality check') is onderdeel van deze nadere uitwerking. Daarbij zal er ruimte zijn voor hoe we gaan meten, of er doelgroepen moeten worden toegevoegd, of de beoogde resultaten nog moeten worden aangepast en hoe we de beoogde resultaten interpreteren in de bestuurlijke overleggen. Belangrijk daarbij is dat de outcomes een directe relatie hebben met de afspraken zoals die op de verschillende thematafels zijn gemaakt. Soms zal het lastig zijn om al in 2026 voor de doelgroep een merkbare verandering teweeg te brengen; in dat geval moet in ieder geval al wel de beweging is ingezet.

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 door 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.

Bij de governance gaat het enerzijds om wie waarvoor verantwoordelijk en afrekenbaar is; niet op de outcome wel op de output. Anderzijds gaat het om het evalueren en leren; uitgevoerde acties kunnen immers ook niet tot gewenste uitkomst leidt. Onderdeel van de governance is om duidelijkheid te hebben over wat de gevolgen zijn als er op output-niveau een afspraak niet is nagekomen.

In het eerste bestuurlijke overleg zal worden afgestemd, voor elk niveau, waar de monitor over moet gaan. De periode daarna wordt gebruikt om tot uitgewerkt en bruikbaar monitoringsysteem te komen inclusief een 0-meting en voorstel voor de streefwaarden. Hierbij hoort ook de inrichting van de bijbehorende governance. Op 1 april 2023 wordt deze analysefase afgerond met een breed gedragen voorstel dat kan worden gebruikt voor besluitvorming. Het programmateam heeft hierin het voortouw; commitment, inzet en eigenaarschap van de verschillende thema's zijn noodzakelijk om tijdig tot de beoogde resultaten te komen. Het programmateam maakt een actielijst wie wat moet doen.

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

- Onder regie van het ministerie van VWS zal een programmateam worden opgezet dat de voortgang bewaakt. Doel van het programmateam 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 bestuurlijk overleg IZA worden georganiseerd. Op die dag zal 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 en de outcome monitoring van Zorginstituut, NZa en VWS. Partijen kunnen elkaar aanspreken over het niet nakomen van afspraken of knelpunten die moeten worden opgelost. Ook kan op basis van de monitor worden bijgestuurd.
- De bestuurdersdag zal door het programmateam worden voorbereid in samenwerking met een aantal veldpartijen.
- Als 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 een bestuurlijk overleg met de verantwoordelijke bewindspersoon van VWS georganiseerd.
- De Tweede Kamer zal ook regulier worden geïnformeerd over de voortgang van de uitwerking van het IZA.
- Ten aanzien van de inzet van de transformatiemiddelen zullen de NZa, ZN en VWS regulier overleg hebben over de voortgang.
- Daarnaast hebben NZa en het Zorginstituut hun reguliere taken ten aanzien van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Vanuit die rollen zullen zij toezien op de effectiviteit van de door partijen in het IZA gemaakte afspraken.

7

Evaluatiemoment



De looptijd van het Integraal Zorgakkoord is 2023 t/m 2026. De IZA-partijen zetten zich maximaal in om de doelen en plannen uit het IZA te realiseren en bespreken elk kwartaal de voortgang in het bestuurlijk overleg IZA. Partijen van het IZA spreken daarnaast met elkaar af dat er in 2024, boven op het kwartaal overleggen, een tussentijds evaluatiemoment plaatsvindt (mid-term review).

Bij de evaluatie worden verschillende onderdelen betrokken:

- Een eerste voorlopig beeld van de financiële realisatiecijfers over 2023.
- Een beeld welke inspanningen partijen hebben gepleegd en in hoeverre de afspraken in het IZA worden nagekomen.
- Een overzicht welke concrete transformatieplannen zijn ingediend en gehonoreerd voor de transformatiemiddelen.
- Het beeld over in hoeverre zorgverzekeraars in staat zijn om aan hun zorgplicht voor hun verzekerden te voldoen.

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 daarbij niet ter discussie. Hierbij zijn een aantal opties mogelijk voor de jaren 2025 en 2026. Als blijkt dat de gewenste transitie niet voldoende plaats vindt dan wordt ingezet op a) het alsnog verder aanscherpen en intensivering van inhoudelijke afspraken in het IZA; en b) gewijzigde inzet van transformatiemiddelen. We zetten erop in om met deze twee opties eventueel benodigde aanpassingen af te spreken. Als terugvaloptie kan ook bezien worden of er c) verschuiven van de groeiruimte tussen IZA-sectoren (macro-budgetneutraal) moeten plaats vinden; en d) of er aanpassingen van het basisniveau per 2025 (bij significant afwijkend beeld op basis van realisatiecijfers) nodig zijn.

Op basis van de uitkomsten van de evaluatie (uitgevoerd door een onafhankelijke partij) 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. Mochten de afspraken het uit het IZA aantoonbaar niet leiden tot de beoogde besparingen, dan neemt VWS het initiatief voor overleg en besluitvorming over aanvullende besparingsvoorstellen. Hierbij wordt een onafhankelijke partij betrokken. Randvoorwaarde bij deze afspraak is dat alle partijen commitment uitspreken en maximale inspanning leveren om uitvoering te geven aan de beoogde transformatie uit te voeren en bij te dragen aan de IZA doelen. Over de precieze vormgeving van de evaluatie zullen partijen nadere afspraken maken en vastleggen in het bestuurlijk overleg IZA.

Werkagenda



Onderdeel A. Passende zorg: Waardegedreven – samen met de patiënt, pakket en kwaliteit

De overheid en veldpartijen willen duidelijke keuzes gaan maken door volop en in de breedte van alle aspecten en terreinen van de zorg in te zetten op passende zorg. Passende zorg is waarde gedreven, dat betekent allereerst dat zorg in de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap & praktijk en meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen. Zorg wordt geleverd op basis van professionele richtlijnen en kwaliteitsstandaarden, en deze zijn opgesteld op basis van de uitgangspunten van het Kader passende zorg. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, ondersteund door informatie passend bij de vaardigheden van de patiënt (Samen Beslissen). Passende zorg is ook de juiste zorg op de juiste plek. En passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte. Daarnaast is passende zorg óók zorg met zo min mogelijk impact op klimaat- en milieu. En passende zorg kan alleen worden vormgegeven in een prettige en goede werkomgeving voor zorgprofessionals.

Partijen geven met de hieronder weergegeven afspraken nader invulling aan de hierboven beschreven transitie naar passende zorg.

1. Passende zorg - algemeen

De beweging richting passende zorg is al langer in gang gezet en er lopen al veel mooie programma's en initiatieven. Partijen constateren echter ook dat er nog veel te winnen valt. Om de zorg met elkaar in de toekomst ook toegankelijk te houden is een echte transformatie nodig waar alle partijen vanuit ieders taak of verantwoordelijkheid volop op inzet. Deze transformatie richting passende zorg draait om:

1. Te leveren zorg die op de eerste plaats effectief is en voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.
2. Daarnaast is deze zorg doelmatig en gaat in tijd, plaats en inhoud uit van de behoefte of situatie van de patiënt/cliënt.
3. Het toegankelijk houden van zorg. Dit betekent zelfstandig als het kan, in de eigen omgeving als het kan en digitaal als het kan. Fysiek contact blijft waar dit noodzakelijk is voor de patiënt/cliënt. Daarbij prevaleren arbeidsbesparende interventies boven arbeidsintensieve interventies. En er wordt ingezet op het versterken van de regie en het eigen netwerk van mensen en 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 partnership tussen welzijnsdomein, zorgaanbieder, zorgprofessional en patiënt tijdens behandeling en herstel waardoor minder vaak een vraag met een medisch antwoord hoeft te worden opgelost.
4. Voortzetting en integratie van met elkaar samenhangende programma's (zoals Zorgevaluaties & Gepast Gebruik, Juiste Zorg op de Juiste Plek, Uitkomstgerichte Zorg, Samen Beslissen, Tijd voor Verbinding, etc.) die deze beweging ondersteunen, versnellen en verder brengen.
5. 'Groene en klimaatneutrale zorg' met laagst mogelijk uitstoot van broeikasgassen en impact op de leefomgeving, geleverd met oog voor spaarzaam en circulair gebruik van grondstoffen en materialen;
6. Een heldere rolverdeling:
   - VWS: stelt de (wettelijke) kaders op, neemt indien nodig pakketmaatregelen, werkt een aantal scenario's uit voor (pakket)maatregelen, voor het geval de financiële opgave niet gehaald gaat worden, monitort de voortgang op de maatschappelijke doelen, is verantwoordelijk voor de noodzakelijke politieke ruggensteun en neemt regie in de communicatie met de samenleving.
   - Zorgverleners en zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor operationalisering, implementatie en monitoring van de implementatie in de praktijk, door passende zorg aan te bieden. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de contractering van passende zorg en uitvoering van de verzekering.
   - Patiënten/cliënten willen zorg die past bij hun persoonlijke situatie en beslissen mee over de zorg die ze krijgen en willen op de hoogte zijn van de voor- en nadelen van de verschillende opties. Patiëntenorganisaties zorgen er onder andere voor dat patiënten worden geholpen met het uitspreken wat voor hen relevant is, door het ontwikkelen van methoden en instrumenten die daarbij helpen.
   - Uitvoeringsorganisaties en toezichthouders:
     i. Zorginstituut Nederland: Het Zorginstituut heeft de wettelijke taak van onafhankelijk pakketbeheerder, waarin zij de minister adviseert over de benodigde maatregelen ten aanzien van het verzekerde pakket en voor aanbieders en verzekeraars de inhoud van het verzekerd pakket eenduidig uitlegt. Vanuit die rol adviseert het Zorginstituut de minister over de te nemen concrete pakket- en (de-)implementatiemaatregelen met het oog op passende zorg. Het Zorginstituut heeft in opdracht van VWS het

Kader passende zorg ontwikkeld dat als uitgangspunt dient voor de te verlenen zorg, in het bijzonder die uit de basisverzekering. 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 voor de professionele richtlijnen, voor de contractering door zorgverzekeraars van impactvolle passende zorg en 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 blijft in de praktijk. Het Zorginstituut neemt het initiatief om samen met de betrokken veldpartijen het Kader verder te concretiseren voor **1 januari 2023**, zodat het onder meer voor richtlijnontwikkeling, de inrichting van passende praktijken, de contractering voor 2024 als ook binnen de lopende programma's kan worden gehanteerd. Het Zorginstituut voert de procesregie als de hoeder van de cyclus van passende zorg.

ii. Nederlands Zorgautoriteit: 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 gezamenlijke 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 en het afbouwen van niet passende zorg, ook in de bekostiging (inclusief betaaltitels). Dit proces wordt samen met aanbieders en verzekeraars vormgegeven, zodanig dat van een eerste versie gebruik kan worden gemaakt in de contractering voor 2024. Daarnaast richt de NZa haar toezicht zo in dat het bijdraagt aan passende zorg en gebruikt als leidraad hiervoor het Kader passende zorg.

iii. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: 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.

2. Pakketbeheer

De vraag naar zorg neemt toe, terwijl de krapte op de arbeidsmarkt ervoor zorgt dat er grenzen zijn aan de beschikbaarheid van personeel om de zorg te leveren. De afgelopen jaren is hierbij het pakket verder uitgebreid. De groeiende zorgvraag zorgt voor uitdagingen bij het beschikbaar en betaalbaar houden van de zorg.

Om de toegankelijkheid en kwaliteit te borgen onderkennen partijen de noodzaak van de verbetering van het pakketbeheer om passende zorg te realiseren. In lijn met het WRR rapport moeten er scherpe keuzes gemaakt worden welke zorg valt onder het basispakket en welke zorg niet langer vergoed wordt. Beschikbare zorgprofessionals en zorgfaciliteiten worden daardoor ingezet voor het bieden van passende zorg die op de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en meerwaarde voor de patiënt heeft en tevens past binnen de daarvoor beschikbare middelen (financieel en personeel).

Pakketbeheer gaat over aanspraak op zorg en is daarmee de basis voor passende zorg. Passende zorg omvat echter ook de afspraken tussen partijen over hoe de zorg binnen het pakket wordt georganiseerd en ingezet. Het Zorginstituut heeft een onafhankelijke rol in het bepalen van de aanspraak. In deze paragraaf gaat het over afspraken ter versterking van het pakketbeheer, ook binnen het open pakket. Om met pakketbeheer bij te dragen aan het realiseren van de maatschappelijke opgave binnen het IZA wordt ingezet op het volgende:

a. Wat is passende zorg in relatie tot pakketbeheer

Alle partijen onderschrijven de bedoeling dat zorg die niet of onvoldoende bijdraagt uit het pakket gaat en om waardevolle zorg te behouden. Uitgangspunt voor pakketwaardigheid is dat zorg op de eerste plaats effectief is en voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Daarnaast geldt dat zorg digitaal wordt geleverd als dat kan, arbeidsbesparende interventies waar mogelijk voor gaan op arbeidsintensieve interventies. Fysieke zorg blijft bestaan waar dit noodzakelijk is voor de patiënt/cliënt.

b. Verbeteren en verbreden toets basispakket

- De toets op het basispakket wordt verbeterd en verbreed in lijn met het kader passende zorg. VWS maakt kort na de zomer, maar **uiterlijk 1 januari 2023**, duidelijk welke stappen moeten worden gezet om passende zorg in het pakketbeheer de norm te laten zijn.
- Daarbij maakt VWS de inhoudelijke invulling van de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket concreet met normerende criteria voor toelating tot het basispakket, en omschrijft VWS de rol- en taakverdeling in overleg met alle bij de toets op het basispakket betrokken partijen.
- Bij het verbeteren van de toets op het basispakket wordt verduidelijkt op basis van welke inhoudelijke

criteria de pakketwaardigheid van zorg wordt getoetst. Hierbij wordt ook gekeken op basis van welke uitkomstmaten effectiviteit wordt vastgesteld.
- Bij het verbreden van de toets wordt bezien welke zorg getoetst wordt en op welk moment dit gebeurt.
- Uitgangspunt is dat meer zorg getoetst wordt. Omdat niet alle zorg tegelijkertijd getoetst kan worden, worden er selectiecriteria ontwikkeld voor te toetsen (bestaande of nieuwe) zorg en wordt door het Zorginstituut, in overleg met partijen, een agenda opgesteld. Doel is zorg te selecteren met grote impact (grote ziektelast, grote arbeidsinzet, veel praktijkvariatie, groot financieel beslag en klimaat- en milieu-impact).
- Als de voor toetsing geselecteerde zorg niet aantoonbaar voldoet aan stand van wetenschap en praktijk en daarbinnen doelmatigheid, is uitstroom van die zorg in beginsel van toepassing.
- Indien de uitkomst van de toetsing is dat de zorg aannemelijk effectief lijkt maar er onzekerheid is rond de mate van effectiviteit of doelmatigheid, kan bestaande en nieuwe potentieel passende zorg voor een beperkte tijd worden vergoed met de voorwaarde dat er onderzoek plaatsvindt.
- Kennisontwikkeling over effectiviteit en doelmatigheid wordt gestimuleerd door meer samenhang aan te brengen in subsidieprogramma's voor onderzoek. Via de transformatiegelden wordt doelmatigheidsonderzoek geïntensiveerd als verbreding van het Topzorg programma. Het traject van verbetering en verbreding van de toets op het basispakket wordt in verbinding met de betrokken veldpartijen opgezet en uitgevoerd.

c. Agendering
- Pakketbeheer vraagt inzet van overheid en veldpartijen. Agenderen komt zowel vanuit de overheid (risicogericht) als vanuit het veld. Rekening houdend met ieders formele rol en verantwoordelijkheid, stelt het Zorginstituut met input van partijen een agenda van onderwerpen voor (cyclisch) pakketbeheer vast, deze is uiterlijk 1 juli 2023 gereed. Deze agenda over aanspraak (het WAT) wordt gekoppeld aan een bredere agenda gericht op passende zorg (het HOE en WAAR) zie afspraak 3b. Voor de medisch specialistische zorg wordt daarbij de ZE&GG- agenda betrokken. Tevens maakt het Zorginstituut, met in achtneming van zijn onafhankelijke positie, afspraken met de wetenschappelijke en beroepsverenigingen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties, over hun betrokkenheid bij duiding van bewijs in kader van (cyclisch) pakketbeheer, en het gebruik van duidingen die reeds hebben plaatsgevonden in het kader van (modulaire)richtlijnontwikkeling. Hierdoor worden doublures geschrapt, administratieve last verminderd, het beoordelingsproces efficiënter en daarmee versneld. Daarbij heeft het Zorginstituut ook in het bijzonder aandacht voor de wijkverpleging en de betekenis van het uitgangspunt "zelfstandig als het kan" (nadere invulling van het in de regelgeving verankerde criterium dat je redelijkerwijs op zorg moet zijn aangewezen).

d. Uitvoering van het pakketbeheer

Pakketuitspraken worden specifieker over welke zorg, op welke manier, voor welke (sub)indicatie effectief is. Dit kan in toenemende mate gevolgen hebben voor de organisatie en kwaliteit van zorg. De toetsing kan leiden tot de conclusie dat zorg niet (meer) of niet meer in deze situatie tot het basispakket behoort. Het Zorginstituut maakt dit kenbaar. Als deze zorg al wordt geleverd wordt deze zorg binnen een vastgestelde termijn gedeïmplementeerd (niet langer geleverd/vergoed) door veldpartijen. De toetsing kan ook leiden tot de conclusie dat er onzekerheid is over de (mate van) effectiviteit en daarmee pakketwaardigheid. Afhankelijk van de mate van onzekerheid, kan zorg voor een vooraf te bepalen periode vergoed blijven vanuit het basispakket. Tijdens deze periode vindt onderzoek plaats waarmee de vraag wordt beantwoord en een conclusie getrokken wordt of de zorg pakketwaardig is. Het Zorginstituut maakt afspraken met de wetenschappelijke en beroepsverenigingen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties over welke onderbouwing nodig is en wat dit vraagt aan inzet van alle betrokkenen. Bij het verstrijken van de afgesproken termijn zal het Zorginstituut vanuit zijn onafhankelijke positie onverwijld duiden of op basis van de beschikbare informatie zorg al dan niet aantoonbaar effectief is en van meerwaarde voor de patiënt/cliënt.

e. Rollen en verantwoordelijkheden t.a.v. de cyclus van gepaste zorg pakket beheer

De toets op het basispakket wordt per **1 januari 2023** verbeterd en verbreed in lijn met het Kader passende zorg. Alle zorgpartijen nemen ook t.b.v. pakketbeheer nadrukkelijk hun verantwoordelijkheid, elk vanuit hun eigen rol:
- **VWS:**
  VWS is verantwoordelijk voor de (wettelijke) kaders van het pakketbeheer. VWS is er ook voor verantwoordelijk voor de politieke agendering en sondering bij (moeilijke) pakketbeslissingen. De volgende acties worden in ieder geval ingezet:
  - 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. Dit geldt zowel voor toelating tot én uitstroom uit het basispakket.
    - VWS formuleert **in 2023** 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 uiterlijk **1 maart 2023** 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.
    - VWS werkt voor 1 januari 2023 samen met de betrokken veldpartijen (Zorginstituut, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, wetenschappelijke verenigingen, beroepsgroepen en patiëntenorganisaties) 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.
    - Ten slotte werkt VWS, in lijn met de doelstellingen onder afspraak 1 in deze paragraaf, geformuleerd en in lijn met de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket aan de (her)inrichting van het landschap voor onderzoek dat de pakketvraag kan beantwoorden en/of gepast gebruik bevordert.
- **Zorginstituut Nederland:**
    - 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 coalitieakkoord 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, waaronder de effectiviteit en het voldoen aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk als de normerende criteria die VWS in het kader van het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket in 2023 formuleert.
    - 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. Omdat Passende zorg een breed perspectief heeft, waar ook de organisatie van zorg onderdeel van is, zoals weergegeven in de 12 uitgangspunten worden patiëntorganisaties en relevante zorgaanbieders betrokken bij de opstelling van richtlijnen.
    - Waar zorg is geprioriteerd voor onderzoek, zijn de onderzoekers, onderzoeksinstellingen en zorgaanbieders verantwoordelijk voor correcte en tijdige opzet en uitvoering van het onderzoek en het monitoren en transparantie verlenen aan andere IZA-partijen. Zorginstellingen geven ruimte voor dit onderzoek en steunen implementatie van de gevonden inzichten.
- **Zorgaanbieders/zorgverleners:**
    - Zetten zich maximaal in om (doelmatigheids) onderzoek uit te voeren en patiënten te includeren ten behoeve van evaluatieonderzoek.
    - Op het gebied van richtlijnontwikkeling zorgen zij voor inbreng betreffende organisatorische en financiële consequenties.
    - Het voortvarend en transparant implementeren van passende zorg beslissingen en het de-implementeren van niet passende zorg.
- **Zorgverzekeraars:**
    - Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de rechtmatige uitvoering van de zorgverzekering. Zorgverzekeraars toetsen (risicogericht) in de uitvoering of zorg voldoet aan de pakketcriteria en passende zorg beslissingen, 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. Voor specifieke onderwerpen kunnen zorgverzekeraars samen ook een Zorg Advies Traject doorlopen en dat zo nodig bij het Zorginstituut agenderen voor duiding ten behoeve van pakketbeheer.
    - Op het gebied van richtlijnontwikkeling zorgen zij voor inbreng betreffende organisatorische en financiële consequenties.

- **Patiëntenorganisaties:**
  - De transitie naar passende zorg vergt een gelijkwaardige positie van de patiënt. Dit betekent een omslag van 'zorgen voor mensen' naar 'zorgen met mensen', waarbij preventie, gezondheid en kwaliteit van leven centraal staat. Voor de ontwikkeling naar patiënt/cliëntgerichte passende zorg, en dus ook bij het (toekomstig) pakketbeheer, hebben patiënt- en cliëntvertegenwoordigers een belangrijke positie als volwaardige gesprekpartners. Ze brengen behoeften, verwachtingen en ervaringen van patiënten in en werken mee aan monitoring van het perspectief van de patiënt in de zorg. Patiëntenorganisaties hebben ook een rol bij het aangaan van het gesprek over gezond gedrag en in de bewustwording bij patiënten van schaarste (arbeid/financieel) in de zorg en dat niet bij alle zorgvragen een medisch antwoord het best passend is. En ook dat het iets kan betekenen voor de manier waarop de zorg wordt geleverd (bijvoorbeeld digitaal i.p.v. fysiek, of in het sociaal domein in plaats van het medisch domein).

3. Passende zorg in uitvoering – cyclus van gepast gebruik

a. We hanteren de cyclus van gepast gebruik (agenderen, evalueren/duiden, implementeren resultaten, monitoren) als continue motor voor het concretiseren van Passende Zorg. Bij de toepassing van de cyclus in de praktijk staat patiëntgerichte zorg centraal, waarbij rekening wordt gehouden met de complexiteit van de zorgvraag en patiënt specifieke factoren. 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. Gelijktijdigheid van de bewegingen is hierbij een aandachtspunt (als zorg verplaatst van bijvoorbeeld het ziekenhuis naar de huisarts, moet die daar wel voor geëquipeerd zijn). Partijen hanteren de cyclus van gepast gebruik in alle sectoren die onder de zorgverzekeringswet kunnen vallen, zo nodig toegespitst op het ontwikkelstadium van die specifieke sector en waar nodig sectoroverstijgend 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. Het Zorginstituut komt in samenspraak met veldpartijen per sector met een reguliere agenda voor kennisvragen en implementatievraagstukken in het open pakket (aanspraak: WAT) en passende zorg (afspraken: HOE en WAAR), zie ook afspraak 2c, 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. Deadline voor deze agenda is **1 juli 2023**. Het Zorginstituut agendeert ook zelfstandig, via signalementen passende zorg, welke vraagstukken opgepakt moeten worden om te komen tot passende zorg. De eerste signalementen worden gepubliceerd voor eind 2022.

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 de bij ZE&GG betrokken partijen gestimuleerd door een benchmark op te zetten over inclusiepercentages waar partijen zich aan committeren en actief aan bijdragen. Indien de uitkomst van toetsing is dat het de zorg aannemelijk effectief lijkt maar er onzekerheid is rond de mate van effectiviteit of doelmatigheid, kan zorg worden vergoed met de voorwaarden dat er onderzoek plaatsvindt. Deelname aan dit onderzoek wordt gestimuleerd en daarbij kunnen mogelijke aanvullende voorwaarden gesteld worden rekening houdend met bestaande ethische en juridische kaders en eventuele medische uitsluitingsgronden voor deelname aan onderzoek.

d. Onderzoek naar deze kennisvragen en doelmatigheidsonderzoek wordt gestimuleerd middels onderzoeksprogramma's. Deze programma's leveren brandstof voor de hele cyclus van passende zorg. Een voorbeeld van een dergelijk programma is het Topzorg programma, waarvoor een deel van de transformatiegelden wordt gealloceerd.

e. Om passende verpleging en verzorging te faciliteren voor alle sectoren (wijk, huisartsenzorg, GGZ, MSZ en MDZ) en administratieve lasten te verlagen, spreken partijen af dat een inhaalslag gemaakt wordt in kennisontwikkeling en daaruit voortvloeiend in de ontwikkeling en implementatie van verpleegkundige kwaliteitsstandaarden, richtlijnen, en protocollen.

f. Partijen spreken 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. De afspraken behelzen ook de reële termijn van aanpassing van de richtlijnen en aanpassing van de vergoedingen/betaaltitels. Voor de volledige (de)implementatie spreken partijen steeds een redelijke termijn af.

g. Ten behoeve van implementatie en monitoring wordt door partijen gezamenlijk spiegelinformatie opgesteld die transparant is voor aanbieders, verzekeraars, toezichthouders en zorggebruikers. Daarvoor wordt een infrastructuur voor spiegelinformatie ingericht onder regie van VWS (zie punt 13c en 13d).

h. 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.

4. Continue leer- en verbetercyclus door zorgprofessionals en patiënten

a. Voor het toepassen van passende zorg in de praktijk (waardegedreven, op de juiste plek en op basis van samen beslissen), is een continu leer- en verbetercyclus door zorgprofessionals, zorgaanbieders en voor patiënten noodzakelijk.
b. De verschillende zorgaanbieders, beroepsgroepen en patiënten 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 de gezamenlijke 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 vanuit registraties waarvan de nut en noodzaak is getoetst (conform de afgesproken governance) en wordt onderschreven waarin de (generieke) PROM's en PREM's zijn meegenomen, maar ook aan de hand van aanvullende brondata (zie ook het thema digitalisering) zoals Vektis, DHD (Dutch Hospital Data) in relatie tot onder andere de kwaliteitsregistraties, Elektronisch voorschrijven (EVS) en Palga, zodat kwaliteitsgegevens in samenhang kunnen worden beoordeeld tot (kosten)effectiviteit en doelmatigheid. Deze leer- en verbetercyclus is afhankelijk van de aard van de sector en de focus en ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid daarbinnen kan verschillen.
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. Ook zal voor verpleegkundigen specifiek financiële ruimte gemaakt worden om deze ontwikkeling te ondersteunen. Gedurende de looptijd van het IZA worden afspraken gemaakt over structurele financiering van verpleegkundige richtlijnen en kwaliteitsstandaarden. De prioriteringscriteria welke (module van de) richtlijn als eerste wordt geactualiseerd betreffen in ieder geval grote ziektelast, grote arbeidsinzet, veel praktijkvariatie, organisatorische impact, groot financieel beslag en waar bekend ook klimaat- en milieu-impact. De beroepsgroepen betrekken hierbij ook zorgaanbieders, in verband met hun expertise en verantwoordelijkheid voor de organisatie van zorg en realisatie binnen de financiële kaders, en patiëntenorganisaties, in verband met hun ervaringsdeskundigheid op het terrein van specifieke aandoeningen. Dit is een cyclisch proces. **1 Juli 2023** liggen de werkprogramma's van de verschillende richtlijn-makende partijen er. Inzichtelijk moet worden gemaakt hoe passende zorg is verwerkt in de cyclische kalender. Daarbij vindt vanuit de richtlijn makende organisaties een goede dialoog plaats met de betrokken IZA-partijen over een juiste aansluiting op de IZA-prioriteiten.
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 niveau (bv huisartsen en ziekenhuizen), regionaal niveau en landelijk niveau mogelijk te maken. Binnen de GGZ gebeurt dit o.a. aan de hand van zorgvraagtypering.
h. Om passende verpleging en verzorging te faciliteren voor alle sectoren (wijk, huisartsenzorg, GGZ, msz, mdz) en administratieve lasten te verlagen, spreken partijen af dat een inhaalslag gemaakt wordt in kennisontwikkeling en daaruit voortvloeiend in de ontwikkeling en implementatie van verpleegkundige kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen. Hierbij ligt de focus op passende zorg zo dicht mogelijk bij huis, op arbeidsbesparende interventies, inzet van technologie en behoud van zorgprofessionals. Implementatie vindt vervolgens plaats via leernetwerken/leerwerkplaatsen en/of zorginnovatiecentra en door het opleiden van implementatiecoaches.
i. Zorgverleners, patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken afspraken welke informatie zinvol is om structureel transparant te maken. Dit met als vertrekpunt de landelijke transparantiekalender. Zorgaanbieders maken dit begrijpelijk beschikbaar voor patiënten om te kunnen gebruiken bij de keuze voor een zorgaanbieder en bij de

keuze voor een behandeling. Dit met als vertrekpunt de landelijke transparantiekalender. Zorgaanbieders maken deze informatie 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).

j. Voor het beschikbaar zijn van de continue leer- en verbetercyclus is de tijdige realisatie van de benodigde voorwaarden voor gegevensuitwisseling ten behoeve van passende zorg. Zorgaanbieders zullen de implementatie van deze voorwaarden in hun instellingen met prioriteit vormgeven, VWS zal via de afspraken over gegevensuitwisseling en ICT de randvoorwaarden scheppen. De resultaten hiervan liggen op het kritische pad van de feitelijke realisatie van passende zorg. Zie voor concrete afspraken hierover het thema Digitalisering en gegevensuitwisseling.

5. Voortzetting en integrale resultaatgerichte aanpak van programma's

a. De ontwikkeling richting passende zorg komt tot stand door programma's[7] uit vorige Hoofdlijnen Akkoorden en binnen de sectoren of individuele contracten: deze zijn dus reeds in gang gezet. De programma's worden geïntegreerd opgepakt. De doelstellingen van deze programma's en de inzet daarop, zijn onverminderd van belang en worden waar nodig methodisch geharmoniseerd en 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 eventueel (tijdelijk) stoppen van onderdelen. Ook onderzoeken partijen de mogelijkheden en toepasbaarheid en verbreding van programma's naar andere sectoren. De programma's 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 van de afgelopen jaren evalueren. Partijen inventariseren/identificeren voor **1 januari 2023** doublures 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.

6. 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 gewerkt aan aansluiting van de registraties voor dure geneesmiddelen bij de governance voor kwaliteitsregistraties, evenals de landelijke kwaliteitsregistraties van niet-msz zorgsectoren rekening houdend met de specifieke bijzonderheden van die sectoren.

7. 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 PROM's en PREM's) over de gehele zorgketen heen, is van groot belang voor het Samen Beslissen van patiënten en hun zorgverleners, voor het leren en verbeteren door zorgprofessionals, zorgverzekeraars 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/of PREMS) over de keten heen.

d. De ggz werkt verder aan het vergroten van de transparantie en het verschaffen van uitkomstinformatie. In het komende jaar ontwikkelen we een realistisch tijdpad via de doorontwikkeling van zorgvraagtypering en CQI waarlangs we onder de juiste randvoorwaarden (privacy ed.) deze ambitie kunnen invullen, met als deadline voor beide doorontwikkelingen 1 januari 2025.

e. Zorgaanbieders in alle sectoren hebben uitkomstgericht werken (het werken met uitkomsten van zorg zoals PROMS, PREMS, medische uitkomsten) in de zorgverlening, in de spreekkamer bij Samen Beslissen en bij kwaliteitsverbetering in 2025 geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk.

---

[7] *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, kwaliteitsstandaarden GGZ.*

f. Samen beslissen is in 2025 ingebed in de gehele zorg en dus alle domeinen. Advance Care Planning is daarvan een belangrijk onderdeel.
g. Partijen in de msz maken uitkomstinformatie transparant beschikbaar. Daarbij is het de ambitie dat in 2025 voor 50% van de ziektelast gerealiseerd te hebben.
h. Waar geen uitkomstmaten haalbaar zijn, zijn zorgaanbieders zo transparant mogelijk via proces en/of structuurindicatoren of kwaliteit audits. In die situaties ontwikkelen partijen een realistisch tijdpad waarlangs ze onder de juiste randvoorwaarden deze ambitie kunnen invullen. Randvoorwaarde voor het beschikbaar zijn van deze informatie is de tijdige realisatie van de benodigde voorwaarden voor gegevensuitwisseling ten behoeve van uitkomstgericht werken. Zie voor concrete afspraken hierover het thema Digitalisering en gegevensuitwisseling.

8. Dure Geneesmiddelen

Dure geneesmiddelen met een bewezen toegevoegde waarde kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de gezondheid van patiënten. Partijen willen dat deze middelen snel op de markt komen tegen een reële prijs, als duidelijk is dat deze effectief zijn en voor welke groep patiënten deze gepast ingezet kunnen worden. Tegelijkertijd zien we dat de betaalbaarheid en daarmee de toegankelijkheid van deze geneesmiddelen onder grote druk staan. Door de komst van nieuwe middelen, de hoge prijzen en het groeiend aantal patiënten leggen de uitgaven aan dure geneesmiddelen een steeds groter beslag op de budgetten. Daarnaast vraagt de ontwikkeling van personalized medicine om steeds meer specialistische kennis van de voorschrijvers, waarvan niet verwacht kan worden dat deze overal kan worden opgebouwd. Partijen maken zich zorgen over de verdringing van reguliere zorg door de kostenontwikkeling van de dure geneesmiddelen.

In de periode van het IZA willen we het pakketbeheer van dure geneesmiddelen merkbaar verbeteren. Ook zetten we in deze periode in op de rol van wetenschappelijke verenigingen, wetenschappelijk onderzoek, het verbeteren van de inkoop en op het verbeteren van de gepast gebruik afspraken voor dure geneesmiddelen. Om te bezien of deze maatregelen afdoende zijn verkennen partijen of het mogelijk is om regulier zicht te krijgen op de toekomstige kostengroei voor geneesmiddelen. Voor enkele afspraken geldt dat deze al in bovenstaande paragrafen zijn genoemd, maar vanwege het zwaarwegende belang van dure geneesmiddelen opnieuw terugkomen in deze afspraken. We beogen met deze afspraken 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.

Bij de midtermreview zal daarom ook worden gekeken naar de kostenontwikkeling dure geneesmiddelen.

Verbeteren pakketbeheer dure geneesmiddelen

a. Partijen (ZN, NVZ, NFU, FMS, Patiëntenfederatie) hebben behoefte aan een sterkere 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. Deze maatregelen vormen een aanvulling op de bestaande maatregel uit het coalitieakkoord om de (financiële) criteria voor de toepassing van de sluis voor dure geneesmiddelen aan te passen.[8] Zo wordt gekeken naar eerder gedane onderzoeken met betrekking tot pakketbeheer en beheerste instroom en naar ervaringen in het buitenland. In afstemming met partijen in Q1 2023 geeft VWS als input voor een Kamerbrief op hoofdlijnen aan wat voor type maatregelen zij voor ogen heeft, en in hoeverre dit een aanpassing van het wettelijk kader behoeft. Deze verkenning en besluitvorming met betrekking tot deze maatregelen wordt, in consultatie met de genoemde partijen, afgerond in de periode waarvoor de afspraken gelden. Daarbij is de inzet dat eventuele aanpassingen die uitgevoerd kunnen worden binnen het bestaande wettelijk kader nog binnen de komende vier jaar aantoonbaar bijdragen aan de ombuigingen van de geraamde kostengroei voor (dure) geneesmiddelen, zoals ATMP's.
   - Partijen hebben de ambitie om dure geneesmiddelen na pakkettoelating periodiek te laten 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.
   - Om passende zorg in het pakket de norm te laten zijn, beziet VWS 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 waarover onzekerheid bestaat m.b.t. de effectiviteit 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.

[8] *Om de doorlooptijd van de sluis voor dure geneesmiddelen niet op te laten lopen, wordt met de uitbreiding van de sluis aanvullende beoordelings- en onderhandelcapaciteit bij het Zorginstituut en VWS georganiseerd.*

Aanpak en maatregelen voor realiseren 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. De FMS maakt afspraken met ZN, Zorginstituut, VWS en de Patiëntenfederatie over het proces van plaatsbepalingen door wetenschappelijke verenigingen. Bij het opstellen van een plaatsbepaling wordt, waar mogelijk, over gepast gebruik en doelmatigheidsonderzoek geadviseerd. En een partij kwaliteitscriteria opstelt, wordt dit in gezamenlijkheid met de betrokken partijen vastgesteld.

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 borging van deze geneesmiddelencommissies van de wetenschappelijke verenigingen gewenst en noodzakelijk is. Na afronding van de VWS subsidie en **uiterlijk in 2024** zal daarom de financiering van deze geneesmiddelencommissies een plek krijgt binnen het MSZ-kader, als dat juridisch en financieel mogelijk blijkt. VWS onderzoekt of en op welke wijze daartoe een structureel geoormerkt bedrag toegevoegd kan worden aan het MSZ-kader.

d. VWS, ziekenhuizen, UMC's en zorgverzekeraars ontwikkelen, in afstemming met de FMS, nieuwe inkoopconcepten waarbij het financiële risico van onvoldoende effectiviteit wordt gelegd bij de fabrikant en passen deze toe. Voorbeelden hiervan zijn pay for performance, Drug Access Protocol en een lager instaptarief zolang de meerwaarde van een geneesmiddel in de praktijk onvoldoende is aangetoond. We willen met elkaar proberen om duidelijke onderhandelingslijnen ten opzichte van de farmaceutische industrie te ontwikkelen die tot lagere prijzen leiden.

e. VWS, ziekenhuizen, UMC's en zorgverzekeraars 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 en stemmen deze af in consultatie met partijen. 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.

f. Zorg wordt versterkt door te sturen op meer netwerkvorming en indien nodig concentratie in een beperkt aantal specialistische centra die voldoende patiënten behandelen en die over de mogelijkheden 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

g. Vanuit (een deel van) de partijen van het Landelijk Overleg Dure Geneesmiddelen (FMS, Patiëntenfederatie, NZa, NVZ, NFU en ZN, ZKN 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. **1 februari 2023** 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 de toepassing van gepast gebruik initiatieven tussen ziekenhuizen en UMC's nauwgezet wordt gemonitord en wordt geduid door zorgprofessionals. Verder is het zaak dat gepast gebruik minder vrijblijvend wordt en succesvolle trajecten landelijk worden overgenomen. Gepast gebruik kan plaatsvinden bij alle ziektegebieden. Gepast gebruik kan doelmatige inzet van geneesmiddelengebruik bevorderen. Doelmatigheidspotentieel ligt vooral in de hematologie, oncologische zorg en chronische immuunziekten.[9]
   - 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 eerder genoemd. 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 naar deze interventies, worden bewezen effectieve interventies breed in de praktijk geïmplementeerd en wordt geëvalueerd in hoeverre implementatie heeft plaatsgevonden. Dit alles om te zorgen dat de interventies daadwerkelijk in praktijk bij de patiënt worden toegepast. Daarbij is oog voor mogelijke implementatie-barrières en worden deze waar mogelijk beslecht. Deze afspraken worden uitgevoerd in lijn met de doelstellingen onder "Passende zorg in uitvoering - cyclus van gepast gebruik".

[9] *SiRM kostenprognose dure geneesmiddelen.*

- In ieder ziekenhuis en UMC 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, doelmatigheid en transparantie voor patiënten, verzekerden en verzekeraars zodat implementatie kan worden versneld middels de contractering. Deze maatregel wordt in de werkgroep gepast gebruik nader uitgewerkt.

h. Gepast gebruik interventies; financiering en contractering

- De werkgroep, zoals benoemd onder punt g, 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 gepast gebruik interventies van door zorgverzekeraars gezamenlijk geaccordeerde en gefinancierde interventies zal er sprake zijn van gelijkgericht inkopen door zorgverzekeraars waarbij contractvorm en prijs bilateraal blijven. Zorgverzekeraars bezien de wenselijkheid van het gezamenlijk inkopen van gepast gebruik interventies die in (relatief) kleine patiëntgroepen onderzocht zijn.

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.

9. 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, het Zorginstituut en zorgverzekeraars onderzoeken jaarlijks verbeteringen van de risicoverevening, waardoor het doel van de risicoverevening beter bereikt wordt, en waardoor preventie en passende zorg wordt bevorderd (c.q. niet wordt ontmoedigd) 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 blijkt uit recent onderzoek van het Zorginstituut dat in enkele gevallen vanuit de huidige vormgeving van het risicovereveningsmodel (door het werken met modelkenmerken op basis van zorgdeclaratiegegevens) een belemmering voor passende zorg kan ontstaan; verbetering hiervan zal tevens onderwerp zijn van vervolgonderzoek.
- 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, preventie 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 Zorginstituut in het Bestuurlijk Overleg Risicoverevening van 1 september 2022 en publiek gemaakt in de Kamerbrief van 13 september 2022[10].
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 Het zwaartepunt van het onderzoeksprogramma risicoverevening ligt volgens alle partijen echter bij de opgave genoemd in punt c:

[10] *Definitieve Besluitvorming Risicoverevening 2023 | Kamerbrief | Rijksoverheid.nl.*

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 risicovereveningsoplossingen 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.

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 risicoverevening belemmeringen op de prikkels tot passende zorg zouden uitgaan.

10. Kwaliteit en transparantie in de ggz

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

a. 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 en voor ondersteuning van zorgverzekeraars bij het contracteren van de juiste zorgaanbieder middels kwalitatieve en kwantitatieve uitkomstindicatoren.

b. De ggz werkt verder aan het vergroten van de transparantie en het verschaffen van uitkomstinformatie. In het komende jaar ontwikkelen we een realistisch tijdpad via de doorontwikkeling van zorgvraagtypering en CQI waarlangs we onder de juiste randvoorwaarden (privacy ed.) deze ambitie kunnen invullen, met als deadline voor beide doorontwikkelingen 1-1-2025. Informatie is nodig voor het maken van keuzes voor passende zorg. In afstemming tussen professionals, aanbieders en verzekeraars wordt bekeken welke exacte dataset per 1-1-2025 ter beschikking gesteld wordt gesteld aan patiënten en verzekeraars en op welke manier dat gebeurt.

c. Randvoorwaarde voor het beschikbaar zijn van deze informatie is de tijdige realisatie van de benodigde voorwaarden voor gegevensuitwisseling. Zie voor concrete afspraken voor de realisatie van de voorwaarden voor gegevens vastlegging, uitwisseling, beschikbaarheid en secundair hergebruik van data het digitalisering en gegevensuitwisseling (zie onderdeel I).

d. Verbeteren sturingsmogelijkheden van verzekeraars op ongecontracteerde zorg, zie ook bredere discussie over contractering.

Randvoorwaarden

11. Bijdrage aan de financiële en maatschappelijke opgave

In het financiële hoofdstuk is omschreven hoe het Integraal Zorgakkoord in zijn geheel bijdraagt aan de financiële opgave. De afspraken over de inzet op de transitie naar passende zorg dragen bij aan de maatschappelijke en financiële opgave uit het Integraal Zorgakkoord.
VWS werkt in samenspraak met het veld uiterlijk **1 juli 2023** een aantal scenario's uit voor het geval de financiële opgave niet gehaald gaat worden. Onderdeel van deze scenario's is een overzicht van welke (pakket)maatregelen er in dat geval moeten worden genomen.

12. Communicatie en Dialoog

Het is essentieel dat de dialoog met burger en professional over de noodzakelijke veranderingen in de zorg zo snel als mogelijk wordt opgestart. Onderdeel daarvan is in ieder geval de boodschap dat de veranderingen in de zorg, de urgentie die daarbij hoort en het feit dat partijen alle zeilen bijzetten om de toegankelijkheid zo veel en zo lang mogelijk te borgen, maar dat nadere maatregelen niet uitgesloten kunnen worden VWS neemt **in het najaar van 2022** initiatief om, samen met de IZA-partijen, een communicatiestrategie over passende zorg op te zetten. Onderdeel daarvan is een aanpak voor communicatie richting burger en de zorgprofessional.

De overige IZA-partijen streven naar congruentie in hun communicatie-uitingen met deze communicatiestrategie. VWS zorgt daarnaast ook voor de noodzakelijke politieke sondering.

13. Inzicht in de toepassing van passende zorg

a. 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 patiënten kunnen 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.

b. 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.

c. Daarom wordt ten behoeve van de implementatie en monitoring van passende zorg, in aanvulling op de monitoring rondom de impactvolle transformaties, uniforme spiegelinformatie opgesteld en op aanbiederniveau 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.

d. Onder regie van VWS, spreken IZA-partijen af om **per 1 juli 2023** een infrastructuur voor spiegelinformatie op te zetten die ondersteunt bij de monitoring van passende zorg.

14. Meervoudig gebruik op basis van eenmalige vastlegging (zie ook thema digitalisering en gegevensuitwisseling)

a. Randvoorwaarde is het realiseren van meervoudig gebruik op basis van eenmalige vastlegging en informatie- en data uitwisseling voor meerdere doeleinden mogelijk wordt. Zo wordt grote registratielast voorkomen.

b. Partijen geven, onder regie en participatie 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.

15. 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. Zorgaanbieders handelen gelijkgericht, zowel onderling als intern. In de MSZ is het een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en alle zorgprofessionals, waaronder medisch specialisten om gelijkgericht te werken aan de beoogde transformatie. Het ziekenhuisbestuur ontwikkelt in gezamenlijkheid met (een gemandateerde afvaardiging van) de besturen (voor zover lokaal aanwezig) van de Coöperatie Medisch Specialisten, de Vereniging Medische Staf, het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) en de Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband de visie, strategie en beleid van het ziekenhuis ten aanzien van het realiseren van de beoogde transformatie naar Passende zorg en Gepast Gebruik. Gegeven de professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialisten in het kader van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst en de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur in het kader van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg wordt transparant met elkaar samengewerkt aan het afstemmen van het beleid gericht op die strategische doelen. Dit moet leiden tot een gezamenlijk commitment van raad van bestuur en medisch specialisten die te maken hebben met Passende Zorg, Gepast gebruik, het verstevigen van de regionale samenwerking over ketens heen, met meer gezamenlijke regie op kwaliteit en spreiding & concentratie van zorg.

Belangrijke randvoorwaarde om gelijkgericht te kunnen samenwerken is het behouden/organiseren van één overlegtafel tussen raad van bestuur met een gemandateerde vertegenwoordiging van alle medisch specialisten.

De afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars worden door vertaald in de afspraken tussen ziekenhuis en MSB, waarbij de financiële prikkels en stuurindicatoren van het interne verdeelmodel hiermee in lijn moeten liggen alsmede met de gezamenlijke visie en strategie. Het MSB is hierover transparant naar de raad van bestuur.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Federatie Medisch Specialisten werken **dit najaar** gezamenlijk aan een handreiking 'Gelijkgerichtheid'.

De NZa monitort de ontwikkeling naar passende zorg en bestuurbaarheid van de ziekenhuizen. Conform het Regeerakkoord moet op dat vlak **binnen twee jaar (2023-2024)** aanzienlijke en aantoonbare verbetering optreden.

16. 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 haalbaarheid en wenselijkheid, dat in het kader van onderzoek potentieel (meer) passende zorg gericht gefinancierd kan worden (bij deelnemende instellingen voor deelnemende patiënten) ten behoeve van pakketbeheer. VWS streeft ernaar een eerste ontwerp van de evt. 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** bij de getoetste registraties overgeheveld naar Zorgverzekeraars Nederland als centrale financier, conform de afspraken met betrekking tot de centrale financiering van het Kwaliteitsregistratielandschap[11]. 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. Nog moet worden bepaald hoe Regie op Registers (RoR op DGM) aansluit bij de governance en financiering zoals bepaald in Rapport Keuzenkamp. Vervolgens moet de vraag beantwoord worden hoe de financiering wordt geborgd. Dit geldt ook voor landelijke kwaliteitsregistraties van niet-msz-sectoren.
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.[12] 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 11 staat beschreven (meervoudig gebruik op basis van eenmalige vastlegging) en wie daarbij een verantwoordelijkheid heeft in financiële zin.
f. Er komt vanuit de transformatiemiddelen aanvullende financiering beschikbaar voor grote doelmatigheidsstudies die tijdens de studieduur de investering al terug verdienen door lagere zorgkosten in een van de studiegroepen. Deze zullen na brede implementatie (bij positieve studieresultaten) substantieel bijdragen aan het ombuigen van de groei in de MSZ, met name bij de kosten aan geneesmiddelen.

[11] *Overeenkomstig het eindrapport van de kwartiermaker gaat het om 70% en 100%, maar deze percentages zijn nog onder voorbehoud van nadere invulling. Ook zullen partijen de rol van ZN als financier evalueren en op basis daarvan opnieuw kijken naar het principiële besluit van financiering van kwaliteitsregistraties door zorgverzekeraars.*

[12] *Zie hiervoor de VWS-begroting.*



Onderdeel B. Regionale samenwerking – algemeen

Eén van de basisprincipes 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. Doel van de beweging is integrale gezondheidszorg te bereiken waarin de inwoner en patiënt centraal gesteld is.

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 vraagt ook het patiëntbelang uitdrukkelijk mee te nemen; het 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 (voor zover relevant vanuit Zvw perspectief), 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. Onnodige regionale regie of regionale sturing op de electieve patiënt die niet tot doelmatigheid leidt moet voorkomen worden.

b. Zorgpartijen zetten in op het organiseren van passende en integrale zorg in het regionale verzorgingsgebied. Daarbij verbinden zorgpartijen zich aan het 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 steeds in verbinding met 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 zorgkantoorregio te hanteren. Op basis van het regiobeeld wordt door de regionale zorgpartijen een “regioplan” opgesteld. Onder regionale zorgpartijen worden steeds alle voor de samenwerking relevant geachte partijen verstaan, dus bijvoorbeeld inclusief relevante UMC’s, welzijn, gemeenten patiëntenorganisaties etc. 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 bevatten de regioplannen afspraken over hoe partijen deze regio-opgaven gecommitteerd gaan aanpakken en wie daarbij betrokken zijn.

d. Het regiobeeld en de regioplannen 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. De regioplannen worden 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 volgordelijkheid. Uiteraard dient daarbij te worden geborgd dat dergelijke transformatieplannen niet in tegenspraak zijn met de afspraken die in de regioplannen of elders zijn gemaakt.

f. Vanuit het bestaande traject van ZN, VNG en VWS dat gericht is op het realiseren van een regionale preventie-infrastructuur zal worden uitgewerkt hoe de lokale situatie binnen gemeenten op het terrein van preventie en het sociaal domein een plek krijgt in de regiobeelden en regioplannen en hoe de inhoudelijke afspraken uit het IZA mede in relatie tot het GALA kunnen worden uitgevoerd. Per gemeente/regio kan op basis van het regiobeeld verschillen welke inzet wordt gekozen (regionaal maatwerk).

2. Opstellen regiobeelden en regioplannen

a. IZA-partijen maken heldere afspraken over de totstandkoming van 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. Regiobeelden en regioplannen 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 regiobeelden en regioplannen gebeurt in drie stappen:

1. **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. Hierbij zijn niet alleen algemene, maar ook cruciale, categorale zorgaanbieders vertegenwoordigd. Er is specifiek oog voor het betrekken van zowel kleinere, als nieuwe en innovatieve zorgaanbieders. De criteria worden getoetst bij de achterban. 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 strekken zich ook uit over hoe een sterke koppeling met het gemeentelijk domein kan worden gemaakt, waaronder ondersteuning bij werk, wonen en inkomen. Partijen spreken af deze criteria eind Q4 2022 bestuurlijk vast te stellen. Deze criteria vertalen zich in het beleidskader regionale samenwerking. Indien de veldpartijen hier niet (tijdig) in onderling overleg uitkomen, wordt dit besproken in het bestuurlijk overleg IZA dat elk kwartaal plaatsvindt. Verlenging van deze deadline kan alleen door de Minister van VWS gegeven worden.
2. **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 en de NZa faciliteren de regio's waar nodig en wenselijk met datasets, waaronder regioanalyses en data over de regionale arbeidsmarkt, waarin voor de regio relevante data toegankelijk is en transparant wordt gemaakt. Daarnaast levert VWS eind 2022 in overleg met de Autoriteit Persoonsgegevens en de Autoriteit Consument en Markt een analyse op van de knelpunten en oplossingsrichtingen voor het uitwisselen van de noodzakelijke data en eind Q1 2023 een plan voor de aanpassing van wet- en regelgeving, voor zover nodig.
3. **Regioplannen:**
   - De regionale zorgpartijen bepalen op basis van het regiobeeld wat de belangrijkste opgaven in de regio zijn. Hierbij wordt nadrukkelijk focus aangebracht; het streven is om te komen tot niet meer dan een beperkt aantal opgaven die met prioriteit moeten worden aangepakt.
   - Voor deze regio opgaven maken zorgpartijen afspraken in regioplannen, met daarin tenminste welke partijen met welke oplossingen aan de slag gaan en op welke schaal, op welke (meetbare) resultaatafspraken daarbij wordt gestuurd (werkagenda's) en hoe de voortgang inzichtelijk wordt gemaakt.
   - De regionale zorgpartijen committeren zich aan deze afspraken; deze zijn dus niet vrijblijvend. Zorgverzekeraars en gemeenten houden hier rekening mee in hun inkoop.
   - Deze regioplannen kunnen een deel van de zorgkantoorregio bestrijken of groter dan de zorgkantoorregio zijn.
   - Partijen streven inhoudelijke congruentie tussen voor de regio relevante regioplannen en op elkaar aansluitende processen na, met name voor wat betreft acute zorg plannen en transitieplannen. Partijen die bij meer van deze plannen betrokken zijn delen actief de informatie waar mogelijk en houden het grotere geheel in ogenschouw.
   - Zorgverzekeraars signaleren indien de regioplannen en andere thematische plannen, zoals ROAZ-plan en het transformatieplan inhoudelijk conflicterend zijn en de processen daarrond niet gecoördineerd zijn.

c. Proces en verantwoordelijkheden: Elke regio draagt zorg voor het opstellen van het regiobeeld en regioplannen. Zorgverzekeraars, zorgprofessionals, zorgaanbieders en gemeenten hebben daarbij een gedeelde

verantwoordelijkheid, elk vanuit hun eigen rol. Zij betrekken steeds het inwoner- en patientperspectief.

- Het initiatief tot het opstellen van regiobeelden en regioplannen wordt genomen door de marktleider zorgverzekeraar in de betreffende zorgkantoorregio samen met de door de gemeenten in de regio aangewezen gemeente. Samen maken zij een procesvoorstel en planning en betrekken hierbij de relevante regionale zorgpartijen en 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.
- Wanneer, naar de mening van regionale zorgpartijen, zij in gezamenlijkheid niet voor 1 januari 2024 komen tot regioafspraken die voldoende scherp zijn om de transformatieopgaven voor elkaar te krijgen, kunnen zij dat voorleggen aan de NZa. (zie hieronder onder randvoorwaarden 5k.)
- Zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en burger- en patiëntorganisaties behouden de ruimte om aanvullende transformatieafspraken, netwerken en initiatieven voor te stellen; ook over zaken die niet in de regioplannen staan.

3. Organisatie van de regionale samenwerking

a. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntvertegenwoordigers en gemeenten werken samen aan de grote transformatieopgaven in de regio, vanuit het perspectief van de patiënt en vanuit de opdracht om samen integrale en passende zorg te bewerkstelligen. De IZA-partijen erkennen het belang van de samenhang tussen het zorgdomein, het sociaal domein en de publieke gezondheid. De VNG heeft commitment uitgesproken om op dit punt regionaal niveau bij te dragen aan de regiobeelden en regioplannen en laat zich daarbij ondersteunen door de GGD als kennispartner.

b. Het opstellen/herijken van regiobeelden en regioplannen gebeurt gezamenlijk door een afvaardiging van relevante zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten. Vervolgens toetsen deze partijen het bij hun achterban, waaronder informele zorg, patiëntvertegenwoordigers (o.a. cliëntenraden), zorgprofessionals, andere medewerkers en gemeenteraden. Op deze manier wordt het perspectief van de gehele zorgketen geborgd, inclusief gemeentelijk domein en patiëntperspectief. Daarbij wordt gewerkt met mandatering om te voorkomen dat de groep te groot is om tot plannen te komen. Hierbij zijn niet alleen algemene, maar ook betrokken, categorale zorgaanbieders vertegenwoordigd. Bijzondere aandacht in dit proces verdient de inbreng van burgers en patiënten. Om dit effectief te realiseren zal gebruik gemaakt worden van de versterking van de infrastructuur voor patiëntvertegenwoordiging in de regio, die met de extra intensivering voor de patiëntenorganisaties gerealiseerd zal gaan worden. Rondom specifieke transformatieplannen of netwerken 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 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. In plaats van nieuwe bestuurslagen streven partijen naar shared governance voor wat betreft de totstandkoming en uitvoering van regioplannen.

d. Zorgverzekeraars, zorgprofessionals en zorgaanbieders benutten de ruimte binnen de bekostigingssystematiek om afspraken te maken over passende zorg en de transformatie van zorg, waar nodig passend bij de regioplannen. 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 passende ruimte voor kleine aanbieders, innovatieve spelers en nieuwe toetreders die dezelfde transformatieopgaven in de regio nastreven. Zie de tekst over Contractering voor de afspraken hierover.

e. Zorgverzekeraars en gemeenten stemmen hun inkoopbeleid af op regioplannen en houden hier rekening mee in hun inkoop. 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, zorgprofessionals. zorgverzekeraars 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 de regioplannen.
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 paragraaf 4.2 over de toekenning van transformatiemiddelen.
b. **Risicoverevening:** Een van de noodzakelijke randvoorwaarden om zorgtransformaties in de regio voor elkaar te krijgen is een goed functionerende risicoverevening. Zie onderdeel A, paragraaf 9, voor de afspraken hierover.
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 in concrete gevallen. 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. Samenwerking tussen zorgpartijen en de gemeentelijke domeinen met het oog op investeren in gezondheid vraagt ook voor verzekeraars om een passende bekostigingswijze. De afspraken daarover zijn opgenomen in onderdeel G. Gezond leven en preventie.
e. **Nieuwe vormen van bekostiging:** VWS stelt een werkgroep met relevante partijen in die met voorstellen komt met oplossingen voor de knelpunten in 'domeinoverstijgende bekostiging'. Uitgangspunt is dat vervolgens gezamenlijk wordt toegewerkt naar nieuwe, toepasbare vormen van domeinoverstijgende bekostiging. Deze werkgroep definieert de scope van de knelpunten die worden verstaan onder 'domeinoverstijgende bekostiging' en werkt in ieder geval oplossingen uit voor: (i.) financieren van zowel betalingen als investeringen alsook het verdelen van baten die in een ander domein vallen in het algemeen en (ii.) multidisciplinair overleg, coördinatie, levensloopregeling, medicatieadvies ggz en indien nodig respectievelijk voor zo ver nog niet geregeld voor verkennend gesprek en consultatie (iii.) projectleiders samenwerkingsorganisaties en andere indirecte kosten en (iv.) indirecte tijd door medewerkers van zorgaanbieders en welzijnsorganisaties in het bijzonder. Uitgangspunt voor de werkgroep is om domeinoverstijgende bekostiging zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij de bestaande kaders van de betrokken zorgaanbieder(s). Voor de GGZ betekent dat zoveel mogelijk aansluiten bij de systematiek van het zorgprestatiemodel. Het doel moet zijn om domeinoverstijgende bekostiging in de uitvoer te versimpelen (dus met weinig/ minder lasten) en zoveel mogelijk zekerheid en duidelijkheid te geven over bekostiging. De werkgroep hanteert een tijdpad zodanig dat de contractering van 2024 hierop kan worden aangepast.
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 onderzoekt 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 definieert de criteria waaronder zij uitzicht geeft 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. De overheid werkt deze criteria in een beleidskader regionale samenwerking uit, inclusief de uitwerking van de bekostiging tijdens de experimenteerfase en daarna.

h. **Regionale systeemfuncties:** Binnen de zorg zijn een aantal functies die uitsluitend op bovenlokaal, regionaal niveau kunnen worden georganiseerd. Systeemfuncties kennen de eigenschappen dat zij alleen doelmatig bovenlokaal of regionaal niveau georganiseerd kunnen worden, samenhangt met een aparte organisatie van zorg voor bijvoorbeeld een voorziening of infrastructuur, deze functie niet door alle aanbieders georganiseerd hoeft te worden en dat het bovenlokaal of regionaal organiseren van de functie van wezenlijk belang voor het lokaal goed functioneren van een vorm van zorg, welzijn of preventie is. Systeemfuncties zijn dus gericht op het onderhouden van een netwerk, infrastructuur en organisatie om de zorglevering heen en zijn niet individueel toewijsbaar. Hiermee is een systeemfunctie vooral een regionale organisatievorm en geen individuele zorgfunctie, die door een zorgaanbieder wordt geleverd. 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). Het is niet uit te sluiten dat bepaalde systeemfuncties landelijk moeten worden ingekocht. 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. De overheid stelt (basis-)data beschikbaar ten behoeve van het maken van regiobeelden en regioplan, alsmede regioanalyses en haar beschikbare gegevens over de regionale arbeidsmarkt. Tot slot kunnen regionale partijen aansluiten op de reeds opgezette Werkstructuur ZN/VNG en gebruik maken van de informatie die volgt uit de Gemeentezorgspiegel.

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.

k. **Monitoring:** De NZa kan indien zij daartoe verzocht wordt of indien zij dat nodig acht wegens te weinig voortgang toetsten of in bepaalde zorgkantoorregio's de regionale zorgpartijen in gezamenlijkheid **voor 1 januari 2024** gekomen zijn tot regioafspraken die voldoende scherp zijn om de transformatieopgaven voor elkaar te krijgen op basis van de criteria die zijn opgesteld voor de regiobeelden en regioplannen. De NZa kan daartoe data verzamelen en analyseren en inzichtelijk maken of regio's daadwerkelijk de juiste problemen in samenhang oppakken en oplossen. De NZa zal, passend bij haar wettelijke taken, in overleg met het ministerie van VWS, faciliteren en aanjagen of een bemiddelende rol spelen als regio's achterblijven. Dit volgt uiteraard op een eventuele bespreking in het bestuurlijke IZA-kwartaaloverleg.

6. Regionale samenwerking in de ggz

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

Doel

Het zorgprestatiemodel draagt bij aan minder administratieve lasten voor behandelaren en ondersteunende afdelingen, een begrijpelijke factuur voor de patiënt en reële tarieven voor geleverde zorg. Met de invoering kunnen declaraties veel sneller worden verstuurd en verwerkt dan voorheen, waarmee ook veel sneller inzicht ontstaat in de ontwikkeling van de zorgkosten en tevens via de zorgvraagtypering en de settingen wordt ook bijgedragen aan een betere totstandkoming van zorginhoudelijke match tussen zorgvraag en -aanbod. Hierdoor ontstaat waardevolle sturingsinformatie die partijen houvast geeft bij het maken van contractafspraken.

Partijen maken in de contractering optimaal gebruik van de mogelijkheden die het zorgprestatiemodel (ZPM) biedt om een passende vergoeding af te spreken voor (zware en/of complexe) multidisciplinaire zorg. Als het ZPM en de contractafspraken 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 multidisciplinaire (zwaardere) zorg.
- en patiënten in iedere regio toegang hebben tot deze zorg.

Partijen maken hiertoe de volgende 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 'zwaardere' multidisciplinaire zorg.
- Partijen vinden het van eminent belang dat tarifering en contractering van deze doelgroepen in het ZPM voldoende mogelijk is. Dat betekent dat de zorg voldoende dekkend wordt bekostigd en gecontracteerd. Daarmee kan een motiverende werkomgeving worden vorm gegeven voor de professionals.
- Eventuele aanpassingen in het ZPM worden nu eerst geobjectiveerd binnen het bestaande overleg tussen NZa, ZN en deNLggz.
- De NZa zal ook bekijken in hoeverre zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruik maken van de mogelijkheden die het ZPM biedt om een passende vergoeding voor complexe, multidisciplinaire ggz (af te spreken zijn (bijvoorbeeld separate afspraken maken over outreachende en hoog-specialistische 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.
- Uitgangspunt is dat de behandeling van hoog gespecialiseerde zorg wordt bekostigd vanuit het bestaande Zvw-kader (gevat in het ZPM).
- Om tot een goede inrichting van het hoog gespecialiseerd zorg aanbod te komen dienen 2 aspecten nader uitgewerkt te worden:
  - Opstellen visie op concentratie en spreiding van de zorg. Wat zijn de indicatiecriteria voor deze zorg, aan welke criteria dient het zorgaanbod te voldoen en wat is de omvang en spreiding die dit zorgaanbod moet hebben. Deze uitwerking dient in samenhang met afspraak 2 opgepakt te worden.
- Specifiek voor topggz wordt eind Q1 2023 een besluit genomen (afgewogen tegen andere prioriteiten en inhoudelijke wenselijkheid) of en hoe dit bekostigd zal worden. Technisch is een schuif mogelijk van premiekader ggz naar begroting VWS, maar moet wel ingepast worden binnen het beschikbare kader. Het voorstel dat eerder door veldpartijen naar VWS is gestuurd, is het vertrekpunt voor de inhoudelijke afweging.
- Uitgangspunt is hoe dan ook dat bekostiging van top ggz plaats zal vinden vanuit het staande kader.

Zorgvraagtypering

2022 en 2023 worden gebruikt voor een verdere doorontwikkeling ten aanzien van het Zorgprestatiemodel en de zorgvraagtypering en het formaliseren van het proces van 'samen beslissen'.



Onderdeel 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 dicht bij de patiënt of zelfs in de thuissituatie worden gegeven; daarbij geldt: zo kort en zo nabij als het kan. Het borgen van de toegankelijkheid tot en kwaliteit van acute zorg is een belangrijke maatschappelijke opgave voor alle partijen in de acute zorgketen.

De toegankelijkheid van de acute zorg staat onder druk; vooral op piekmomenten en buiten kantoortijden 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 multi-morbiditeit 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, waarbij het borgen van de toegankelijkheid van de acute zorg een belangrijke randvoorwaarde is. 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 eerstelijn 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, revalidatiearts, verpleegkundig specialist, jeugdverpleegkundige, iemand van een ambulant geriatrisch 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 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-onderdelen ‘Versterking organisatie basiszorg’ en ‘Samenwerking sociaal domein-huisartsenzorg-ggz’.

d. Zoals beschreven in het IZA-onderdeel ‘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 organisaties van zorgaanbieders, waaronder de NVZ, NFU professionele netwerken en beroepsorganisaties, 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. Met het oog op de gewijzigde rol van het LNAZ wordt, aansluitend op de afspraken in het IZA, door betrokken partijen in samenspraak met VWS overlegd over een aangepaste governance van het LNAZ waar mogelijk met ingang van **1 januari 2023**.

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 en de geriatrische en medisch specialistische revalidatie 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 de samenwerking in de gehele acute zorgketen kan worden verstevigd, 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. Hierbij moet in ogenschouw worden genomen dat personeel op de SEH in de nacht ook beschikbaar moet zijn voor patiënten in de kliniek en personeel niet zomaar bereid is in een verder gelegen ziekenhuis of UMC te gaan werken. 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 academische, topklinische, algemene en categorale 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. Partijen conformeren zich aan het vervangen van de 45-minutennorm voor bereikbaarheid van SEH's en acute verloskunde door een bredere set (kwaliteits)normen met een gedifferentieerde normstelling ten aanzien van tijdkritische aandoeningen. De 45-minutennorm is een spreidingsnorm, gebaseerd op de bestaande spreiding van ziekenhuizen en UMC's toen de norm in 2002 werd geïntroduceerd. De norm is niet medisch onderbouwd. Sinds de introductie van de norm hebben de acute zorg, waaronder zeker ook de ambulancezorg en de traumazorg (met de inzet van mobiele medische teams), zich sterk ontwikkeld. De nieuwe 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 multitraumapatienten (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, meer evenwichtige verdeling van de ANW diensten onder alle huisartsen per 2023 (praktijkhouders, huisartsen in loondienst en waarnemers/ZZP). Het door de huisartsen opgestelde *Actieplan Werkdruk in de ANW* vormt hiervoor het vertrekpunt. InEen en de LHV werken dit actieplan in overleg met ZN nader uit en stellen - teneinde uniformiteit in de uitvoering te bereiken - een leidraad voor de HDS'en en de aangesloten huisartsen en een landelijke modelovereenkomst op waarin de verantwoordelijkheidsverdeling tussen HDS, praktijkhouders en niet-praktijkhouders wordt vastgesteld.

In aanvulling vraagt VWS de NZa om (in overleg met partijen) het ANW-tarief voor huisartsen te herijken en te differentiëren. Het streven is om het herijkte en gedifferentieerde NZa-tarief per 1 januari 2023 in te voeren. De toepassing van dat herijkte, gedifferentieerde tarief treedt voor een HDS in werking als regionaal een adequate verdeling van diensten tussen alle huisartsen is overeengekomen In lijn met het herijkte honorarium dient zo nodig ook het maximum budget van de HDS te worden aangepast.

Voorwaarde voor akkoord geven op een tariefsverhoging en -differentiatie door de zorgverzekeraar wordt gebaseerd op het door de betreffende HDS aangeleverde implementatieplan en daadwerkelijke uitvoering van dit plan. Dit plan is gebaseerd op het Actieplan Werkdruk in de ANW en de leidraad en treedt uiterlijk drie maanden na het akkoord van de zorgverzekeraar in werking, waarbij ten minste is voldaan aan de volgende landelijke uitgangspunten:

- Sluitende dekking voor alle benodigde diensten;
- Afspraken over een evenwichtige en solidaire verdeling van de diensten over de binnen de regio werkzame huisartsen (praktijkhouders, loondienst en waarnemers/ZZP), rekening houdend met het effect van deze afspraken op andere/naastgelegen regio's;

- Tarieven die voor alle dienstdoende huisartsen in de regio gelijkelijk van toepassing zijn, waarbij ook wat aan zzp'ers wordt betaald niet hoger mag zijn dan het NZa tarief.

Bovenstaande afspraken en de regionale maatregelen kunnen ook landelijke aanpassingen vragen in wet- en regelgeving. Indien uit een juridische toetsing blijkt dat deze nodig zijn, onderzoekt VWS de mogelijkheden daartoe.

Zorgverzekeraars en HDS'en monitoren periodiek de realisatie het implementatieplan. Als gedurende het jaar blijkt dat er problemen ontstaan bij de effectuering en uitvoering van de goedkeurde plannen, treden betrokken partijen in overleg. Dit kan leiden tot herijking van afspraken.

Daarnaast dient de HDS inzichtelijk te maken welke acties de HDS onderneemt om het beroep op de HAP te verminderen (in ieder geval voor onnodige spoedvragen die op een regulier tijdstip kunnen worden beoordeeld), in aanvulling op (landelijke) activiteiten zoals publiekscampagnes van de overheid en andere partijen, en hoe middels Thuisarts/online een deel van de spoedvragen kan worden afgevangen.

Als bovengenoemde aanpak eind 2023 niet tot de gewenste effecten leidt, onderneemt VWS passende maatregelen op basis van de uitkomsten van de verkenning zoals benoemd in afspraak vier van de bijlage H Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals. Daarnaast onderzoekt VWS met partijen welke verdergaande maatregelen mogelijk zijn om het onnodige beroep op de HAP terug te dringen.

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 bezien en in samenhang worden geleverd en gefinancierd, 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 en UMC's vertegenwoordigd zijn (soms verenigd in een Integrale Geboortezorg Organisatie), 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, UMC's, 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 zullen op basis van de IZA afspraken overleggen over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en governance van en binnen het ROAZ op basis van de AMvB acute zorg, met het oog op aanpassingen per 1 januari 2023. Daarbij wordt ook meegenomen hoe de betrokkenheid van de zorgprofessionals (vanwege de medisch inhoudelijke aspecten van het organiseren van acute zorg(keten) en het bewaken van de inhoudelijke samenhang en uitvoerbaarheid van acute zorg en aanpalende zorg in capaciteit en expertise) en het patiënten perspectief binnen het ROAZ kunnen worden geborgd.

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:
      i. **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.
      ii. **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: het verstevigen van de samenwerking in de gehele acute zorgketen, (sub) regionale zorgcoördinatie, verhogen kwaliteit en naleven kwaliteitsnormen die betrekking hebben op de keten, differentiatie, concentratie (o.a. multitraumazorg) en spreiding (van basis acute zorg) 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 tijdspad van eventuele transformatie van de inrichting van de acute zorgketen. De regioplannen behelzen 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.
   - 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 uitvoerbaar zijn. Zorgaanbieders in de acute zorgketen zijn er verantwoordelijk voor om hierover zorginhoudelijke, organisatorische en financiële afspraken te maken met zorgverzekeraars. 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.
   - 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.

- 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, waarbij het borgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg en de geboortezorg een belangrijke randvoorwaarde is. Zorgverzekeraars kopen de acute zorg in op individuele basis; waar nodig gelijkgericht op basis van landelijke kaders voor kwaliteit en de noodzakelijke transformaties binnen de acute zorg in de regio, zoals beschreven in de desbetreffende transformatieplannen[13]. 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 4.2 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 en in lijn met de besluitvormingsprocedure in de AMvB acute zorg.
- 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, treden zorgverzekeraars in overleg met betreffende zorgaanbieders over aanvullende maatregelen als dat nodig is om vanuit hun zorgplicht de toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg in de regio te borgen.
- 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 Onderdeel B. Regionale samenwerking - algemeen.)

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 huisarts – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp (hierna: 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.

[13] *Transformatieplannen worden hier in brede zin bedoeld, o.a. ROAZ-plannen, regioplannen en individuele contractafspraken.*

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:
   - 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.
   - 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.
   - 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.
   - De huidige beschikbaarheidbijdrage 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.



Onderdeel D.
Regionale samenwerking – toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding

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 specifieker 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. De ontwikkelingen in diagnostiek en behandelingen gaan zo snel dat het zowel nodig is om kennis en expertise verder vorm te geven, te specialiseren/differentiëren en te concentreren, alsmede samenwerking in netwerken te bevorderen. Dit vraagt een behoorlijke aanpassing van de organisatie van zorg. Passende zorg betekent ook het passend organiseren van de zorg. Om dit te bereiken moeten partijen meer dan ooit samenwerken.

Concentreren van zorg is geen doel op zich. Het is een instrument om passende zorg van goede kwaliteit voor de patiënten te bevorderen, de houdbaarheid van het zorglandschap – ook op de langere termijn – te borgen en om de professionele inzet van de zorgprofessionals 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”, met oog voor samenhangend zorgaanbod voor de patiënt, het voorkomen van versnippering en 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. Wanneer op plekken zorg moet worden op- of afgeschaald moet mogelijk herverdeling plaatsvinden met andere aanbieders in de regio. De concentratie en spreidingsopgave is een onderdeel van de gehele set aan opgaves die nodig zijn binnen het zorglandschap zoals deze ook beschreven zijn in andere hoofdstukken in dit akkoord. 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 bepaalde vormen van acute zorg. Aanpassing van volumenormen dienen in samenhang te worden bezien met de afspraken in dit Integrale Zorgakkoord over acute zorg, deze zijn nevengeschikt aan elkaar.

Daarnaast wordt er ook gekeken naar de zorg voor patiënten met een zeldzame aandoening: welke zorg dient binnen de door VWS erkende expertisecentra te worden geleverd, welke zorg kan ook lokaal worden geleverd maar met kennis- en expertise uitwisseling vanuit het door VWS erkende expertisecentrum en wat moet er nog worden ingericht om dat te kunnen realiseren. 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 en werkprocessen die hiervoor al zijn ingericht.

Verdere concentratie van zorg zal er toe leiden dat er meer differentiatie ontstaat. Ziekenhuizen, UMC’s 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, maar ze vragen wel om een versnelling gezien eerder geschetste ontwikkelingen. Spreiding van planbare zorg is in het belang van de toegankelijkheid van de zorg nu en de komende jaren, dit vraagt om samenwerking binnen zorgnetwerken en tussen ziekenhuizen, UMC’s, zelfstandige behandelcentra en zorgverzekeraars.

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 dichtbij[14] te

[14] *In ziekenhuizen zonder voor die aandoening gespecialiseerde differentiatie te organiseren.*

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 die ook aan de orde komen in andere hoofdstukken in dit akkoord zoals bijvoorbeeld digitalisering, gegevensuitwisseling en bekostiging. 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 gerichter inkoopbeleid door de verzekeraars);
- De (door)ontwikkeling van netwerk, - en expertzorg 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.

Inzet middel concentratie van zorg en (door)ontwikkeling netwerk,- en expertzorg

Om de beweging rondom concentratie van zorg te versnellen en netwerkzorg te versterken, is meer regie en sturing nodig. Daarbij wordt gekozen voor een stapsgewijze aanpak in de vorm van tranches, waarbij wordt gekeken naar waar de grootste voordelen zijn te verwachten zoals t.a.v. kwaliteit, patiënten aantallen en samenwerkingsmogelijkheden. Voor de eerste tranche en tweede tranche wordt in elk geval ingezet op de hoogcomplexe oncologische zorg en vaatchirurgie[15] 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. De huidige bestaande volume normen moeten worden nageleefd en gehandhaafd. VWS gaat het Zorginstituut verzoeken om een Ronde Tafeloverleg in te richten 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 en tweede tranche en de versterking van samenwerking in netwerken. De ambitie is te komen tot 15- 20 zorginterventies in 2 tranches. De Ronde Tafel zal - puttend uit de interventies zoals genoemd in voetnoot 14 - een realistische selectie maken van interventies die in aanmerking komen voor de richtinggevende volumenormen van 50 tot 100. Er zal regulier toetsing op haalbaarheid en uitvoerbaarheid plaatsvinden. Deze selectie zal verdeeld worden over de eerste en de tweede tranche met het oog op een snelle en succesvolle implementatie van de ambitie.

   Het aangrijpingspunt voor volumenormen is een zorginterventie die aangeboden wordt binnen de context van een zorgnetwerk gericht op een specifieke patiëntengroep, uitgevoerd door een vaste groep zorgprofessionals vanuit het netwerk op een (1) specifieke locatie.

   Betrokken zorgaanbieders en professionals zorgen waar gepast voor een evenwichtige verdeling van zorg en zorginterventies in het netwerk (gegeven het hanteren van de volumenormen). Het versterken en versnellen van de organische beweging die reeds bestaat, is uitgangspunt.

b. De vastgestelde normen door de Ronde Tafel zijn bindend. Waar behulpzaam, wordt uitgegaan van lopende trajecten en programma's. Dit met als achterliggend doel om voor het toenemend aantal patiënten de beste zorg te kunnen (blijven) bieden met de beste kwaliteit en de toegankelijkheid te borgen door schaars personeel en dure infrastructuur optimaal in te zetten. Het gaat daarbij om zowel diagnostiek, behandeling, nazorg en palliatieve zorg. Bij verregaande medische ontwikkelingen, specialisatie en toenemende personalisering van zorg, draagt concentratie van zorg en samenwerking in netwerken ertoe bij dat elke patiënt, ongeacht de plaats waar deze het zorgtraject start de beste zorg zal krijgen.
   Hierbij wordt voor de interventies als uitgangspunt genomen dat de volumenorm in de eerste tranche op een richtinggevende norm van 50 tot 100 ingrepen per locatie per jaar wordt gesteld (waar relevant wordt een hogere norm gesteld). Het aangrijpingspunt voor volumenormen is een zorginterventie die aangeboden wordt binnen de context van een zorgnetwerk gericht op een specifieke patiëntengroep, uitgevoerd door een vaste groep zorgprofessionals vanuit het netwerk op een (1) specifieke locatie.
   Daarnaast moet deze norm ook gezien worden in relatie met het gehele zorgtraject (voor- en nazorg, de diagnostiek en palliatieve zorg) en kan deze norm, waar wenselijk, ook bij deze onderdelen van toepassing zijn.
c. Er zijn situaties waarin (beredeneerd) afwijken van deze volumenorm mogelijk wordt, in principe beperkt tot:
   1. Voor specifieke interventies liggen de bestaande volumenormen al hoger dan 100 en/of zal verdere verhoging van de volumenormen wenselijk zijn om de kwaliteit te verhogen en het zorgproces te optimaliseren.
   2. Als het Ronde Tafeloverleg op wetenschappelijke wijze aantoont dat het aanhouden van een richtinggevende volumenorm van 50 tot 100 ten koste gaat van de kwaliteit van zorg.

[15] *Interventies genoemd in het normeringsrapport van Soncos en genoemde interventies vaatchirurgie in de normering Chirurgische Behandelingen 9.0 Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.*

3. Als de totale patiëntaantallen op jaarbasis zo klein zijn dat een richtinggevende volumenorm van 50 tot 100 nooit gehaald kan worden, ongeacht het aantal instellingen dat die zorg biedt.

d. Partijen zetten zich in om de netwerkzorg te optimaliseren, waarbij aandacht is voor variatie tussen regio's op gebied van populatie-, gezondheidsproblematiek en indicaties. Sommige vraagstukken zullen om oplossingen vragen waarbij over de grenzen van de huidige regionale samenwerkingen moet worden gekeken. In een netwerk wordt op basis van diverse uitkomstmaten vastgesteld hoe de beste passende zorg vormgegeven wordt. Concentratie van zorg is een van de middelen om dit te bereiken. Voor de genoemde aandoeningen in de eerste tranche wordt ingezet op het vaststellen van normen op basis van uitkomstmaten en op de transparantie hiervan. Ook uitkomstmaten zoals mortaliteit, complicaties en kwaliteit van leven zijn van belang. Ruimte voor maatwerk naar indicatie is van belang in verband met de heterogeniteit van ziektebeelden en bijpassende expertise en infrastructurele voorzieningen. Bijvoorbeeld differentiatie per tumortype.
e. Het Ronde Tafeloverleg gaat zoveel mogelijk uit van bestaande kennis en lopende trajecten. Bronnen daarvoor zijn de uitkomsten uit wetenschappelijk onderzoek, kennisinstituten, op basis van registraties en daaruit voortvloeiende informatie van 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 de richtinggevend norm van 50 tot 100 ingrepen per locatie per jaar, voor de interventies in de eerste tranche is uiterlijk 1 januari 2024 gereed.
f. De NZa wordt gevraagd om, in afstemming met de Ronde Tafel, 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, 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. Voor de kinderhartchirurgie binnen UMC's wordt in dit kader reeds een impactanalyse uitgevoerd door de NZa.
g. Zorgverzekeraars geven deze normen, zoals vastgesteld door de Ronde Tafel onder voorzitterschap van het Zorginstituut, in ieder geval een plek in de contracten per 1 januari 2026 en toezichthouders zien toe op opvolging van deze normen per 1 januari 2026. 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. Met als aanvulling dat de bijzondere complexe situatie van een patiënt, kan leiden tot een incidentele uitzondering.
h. 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 het resultaat van de Ronde Tafel.
i. Wanneer op plekken zorg moet worden op- of afgeschaald moet mogelijk herverdeling plaatsvinden met andere aanbieders in de regio. Er moet daarom aandacht zijn voor de mogelijke algemene gevolgen ten aanzien van de continuïteit en de profielen van ziekenhuizen, shared care, beschikbaarheid van kennis en kunde en opleidingsaspecten. Zorgverzekeraars gaan daarom in de verschillende regio's proactief het gesprek aan over transformatie in de regio, waaronder concentratie en spreiding van zorg. Gezien de huidige zorgvraag en de te verwachte zorgvraag in de toekomst is het uitgangspunt - als deze afspraken gevolgd worden - dat alle personele zorgcapaciteit nodig blijft. Inzicht in o.a. profielkeuzes van de ziekenhuizen helpt hierin.
j. 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.
k. 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 als uitgangspunt een richtinggevende norm van 50 tot 100 ingrepen per locatie 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 de richtinggevende norm van 50 tot 100 ingrepen per locatie per jaar, is uiterlijk 1 januari 2026 gereed. Contractering door verzekeraars en toezien op de opvolging van normen door toezichthouders vindt plaats per 1 januari 2028.
l. Verdere intensivering van deze beweging gebeurt in de derde tranche vanaf 2026. Bij de selectie van interventies 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.

m. Spreiding van planbare zorg is in het belang van de toegankelijkheid van de zorg nu en de komende jaren. De wettelijke zorgplicht is daarbij het vertrekpunt. Daarom maken de partijen de volgende afspraken:
   - Partijen werken samen om de kwaliteit, actualiteit en transparantie van de data over wachttijden te verbeteren.
   - Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra met wachttijden boven de treeknorm zoeken actief naar oplossingen om wachtlijsten te verkorten.
   - De zorginkoop door zorgverzekeraars is aantoonbaar gericht op het optimaal benutten van de beschikbare zorgcapaciteit voor planbare zorg in relatie tot de zorgplicht. Daar waar wachtlijsten boven de treeknorm zijn, zoeken de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder actief naar oplossingen om de wachtlijst te verkorten. Zij informeren hierover IGJ en NZa. IGJ en NZa monitoren in welke mate deze inspanningen leiden tot het verbeteren van de toegankelijkheid en continuïteit van zorg.
   - Partijen zetten zich in op een betere informatievoorziening richting patiënten over de mogelijkheid van zorgbemiddeling, zowel via de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars.

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 veldpartijen hier zelf niet uitkomen. Het vergunningensysteem van de WBMV kan hierbij als uiterste middel worden ingezet. Het uitgangspunt hier is dat laagvolume hoogcomplexe zorg geconcentreerd wordt uitgevoerd. In dit kader zal verkend moeten worden wat de concentratie betekent voor de taakuitvoering door de ACM.
b. Besluitvorming ten aanzien van concentratie van hoogvolume al dan niet hoogcomplexe zorg vindt plaats in de regionale context in nieuwe of bestaande netwerken. De gestelde volumenormen spelen hierbij een belangrijke rol evenals doelmatigheid overwegingen. Hierbij dient ook gekeken te worden welke (complexe) zorg bij elkaar hoort om die waar mogelijk bij elkaar te concentreren. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken hierover afspraken binnen de reguliere zorginkoop. Er is voldoende schaal nodig om hier afspraken over te kunnen maken. Het niveau van de zorgkantoorregio zal vaak te klein zijn. Andere niveaus zoals het ROAZ niveau, als grote eenheid in de regio in samenspel met de oncologische netwerken, zijn eerder van toepassing. Zorgverzekeraars zijn daarbij vanuit hun zorgplicht verantwoordelijk voor het borgen van een passend integraal 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 en UMC's 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 van tevoren een concreet transformatieplan te maken en een impactanalyse uit te voeren. De zorgverzekeraar(s) en de grootste aanbieder in de regio nemen het initiatief tot het opstellen van het transformatieplan en impactanalyse en met betrokkenheid van de betrokken zorgaanbieders, (oncologische) zorgnetwerken, zorgprofessionals en patiënten opgesteld. Doel van de impactanalyse is om op verschillende onderdelen systematisch in kaart te brengen in welke mate en op welke manier concentratie van zorg de patiënt en de betrokken zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgnetwerken raakt en te beoordelen of deze impact maatschappelijk gezien wenselijk is. 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. Het transformatieplan en de impactanalyse worden aangeleverd aan de NZa. De NZa monitort op de publieke belangen en werkt daar waar het past binnen de verschillende rollen, samen met de IGJ en het Zorginstituut en kan aanbevelingen doen. Dat is met name aan de orde bij impactvolle transformaties. De NZa gebruikt de inzichten uit de impactanalyse die op dit moment wordt uitgevoerd naar concentratie voor interventies bij mensen met een aangeboren hartafwijking om te komen tot een werkwijze voor het maken van een impactanalyse en de beoordeling daarvan.
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.

Randvoorwaarden

a. Netwerkzorg: Bij concentratie van zorg is samenwerking in netwerken (shared care) belangrijk. Dat betekent dat voor- en nazorg en delen van de behandeling 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 netwerkzorg en MDO's hebben de verschillende 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 netwerkzorg te bevorderen, dienen onderstaande randvoorwaarden te zijn ingevuld:

- Digitale gegevensuitwisseling: Om dit optimaal te organiseren is digitale gegevensuitwisseling randvoorwaardelijk. Daarbij is het nodig dat de mogelijkheden worden uitgebreid om hoogcomplexe 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.
- 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 worden de regels hierop aangepast. 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 VWS 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.
- 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 van kwaliteitsinformatie is ook nodig zodat de patiënt goede informatie heeft waar hij of zij terecht kan voor zowel voor- als natraject als voor zowel de diagnostiek, interventie en behandeling 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 medisch specialistische basiszorg: Tegenover de concentratie van hoogcomplexe zorg staat, dat UMC's, en topklinische ziekenhuizen, zich minder richten op medisch specialistische basiszorg (laagcomplexe zorg/niet-topreferente zorg). Vanuit het brede perspectief van passende zorg wordt daarbij door het Zorginstituut verdiepend onderzoek gedaan naar basiszorg in UMC's en topklinische ziekenhuizen. Op basis van deze verdieping zal een richtinggevende normering (kwantitatief of kwalitatief) worden ontwikkeld, gericht op de spreiding van basiszorg. 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 en topklinische ziekenhuizen 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 en ziekenhuizen in de nieuwe monitor MSZ kunnen worden opgenomen. Op basis hiervan kunnen eventuele knelpunten worden gesignaleerd en vervolgens worden opgepakt.
c. Faciliteren transformatie: Voor de periode 2023 tot en met 2026 zijn door het kabinet transformatiemiddelen vrijgemaakt om de concentratie en spreiding van zorg te realiseren en gedurende dit proces de beweging van de instellingen naar een toekomstbestendig profiel te faciliteren gericht op het borgen van de toegankelijkheid van zorg en het beantwoorden van de transformatieopgave. De transformatiemiddelen zijn nodig om de transformatie in de regio te realiseren zoals 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. Dit in lijn met het transformatieplan.

Inzicht in en borgen van voldoende (boven) regionale capaciteit, voorzieningen en infrastructuur voor cruciale GGZ zorg

Doel is om zicht te krijgen op de benodigde capaciteit, voorzieningen en infrastructuur van (boven) regionaal cruciaal zorgaanbod, passend bij de zorgvraag van de patiënt. Aan de hand van regiobeelden waarin de totale behoefte aan zorgvraag wordt weergegeven, bepalen verzekeraars en aanbieders welke onderdelen van het aanbod aan zorg cruciaal is in de regio en

borgen partijen dat het noodzakelijke zorgaanbod regionaal en bovenregionaal passend en doelmatig wordt georganiseerd. Voor de (boven)regionale en landelijke noodzakelijke geachte capaciteit worden afspraken gemaakt, zodat:

- Patiënten die een complexe zorgvraag hebben kunnen blijven rekenen op goede en passende zorg.
- Op regionaal niveau voldoende cruciaal klinisch en ambulant aanbod beschikbaar is.
- Op landelijk niveau de hoog specialistische zorg voldoende beschikbaar is, doelmatig georganiseerd wordt en voldoende verspreid over het land.
- Kennis en kunde voor behandeling van dergelijke aandoeningen behouden blijft en breed beschikbaar zijn (ook voor professionals van andere instellingen).

Partijen maken hiertoe de volgende afspraken:

Voorbereidende Fase tot uiterlijk 1 januari 2023:
Om regionaal tot een goed gesprek te komen over het borgen van cruciale ggz-capaciteit is belangrijk dat er een breed gedragen definitie ontwikkeld wordt van het begrip cruciale zorg. Om tot een zorgvuldige invullingen van dit begrip te komen wordt er eerst regionaal geïnventariseerd welke capaciteit in de regio als cruciaal wordt beschouwd. Dat kan leiden tot verschillende uitkomsten per regio, gezien het feit dat zowel zorgvraag als zorgaanbod niet gelijk over de regio's verdeeld zijn. Anderzijds vinden partijen het belangrijk om wel een aantal landelijke kaders mee te geven aan de regio's om mee te nemen in de inventarisatie en monitoring, gezien het belang van voldoende capaciteit voor bepaalde zorg. De inventarisatie en monitoring wordt uitgevoerd door de reeds bestaande regiotafels voor de wachttijden-. In deze inventarisatie worden in ieder geval de volgende zorg meegenomen:

- Klinische specialistische ggz (regionaal) in het kader van WVGGZ (inclusief eventuele MPU of PAAZ/PUK in regio)
- Eventuele HIC en KIB-voorzieningen
- Klinische en ambulante specialistische ggz: hoog complex-laag volume zorg (voor bijzondere doelgroepen, die regionaal door één of zeer weinig partijen worden aangeboden)
- Beveiligde klinische zorg (niveau 2,3,4), (regionaal en bovenregionaal)
- Bovenregionale ambulante en klinische hoog specialistische zorg
- Bovenstaande is inclusief 18- /18+, jongvolwassenen en volwassenen.

De regiobeelden worden vervolgens landelijk verzameld; daarmee vindt ook een toets plaats op voldoende beschikbaarheid van bovenregionale voorzieningen. Op grond van deze inventarisatie werken zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten (op landelijk niveau) een handreiking uit die door partijen gebruikt kan worden voor a) het maken van afspraken over de cruciale zorg en b) het monitoren van deze afspraken.

<u>In deze handreiking willen partijen de volgende aspecten uitwerken</u>:

- Bepalen wat we verstaan we onder cruciale zorg.
- Bepalen hoe we de cruciale zorg vanuit het perspectief van de zorgvraag én het zorgaanbod transparant kunnen maken.
- Bepalen welke (deel van de) cruciale zorg aangemerkt kan worden als regionale zorg en welk (deel) als bovenregionaal en welke functies zijn alleen landelijk (dus enkelvoudig) beschikbaar.

De handreiking wordt opgesteld en vastgesteld met betrokkenheid van de beroepsverenigingen en MIND.

Uitvoeringsfase regionaal zorgaanbod (vanaf 2023):

- Op basis van de kaders in de handreiking wordt in de vorm van een regiobeeld in kaart gebracht wat de zorgvraag en het zorgaanbod van de cruciale zorg in de regio is. Hierbij is er ruimte voor regionale verschillen op basis van de zorgvraagbehoefte in die regio.
- De twee (waar nodig drie) grootste verzekeraars nemen namens alle verzekeraars deel aan het regionale overleg en gezamenlijk worden de ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod besproken (gemiddelde opnameduur, enz.) en vertaald naar een regiobeeld waarin de gewenste inrichting van het zorglandschap wordt beschreven.
- De uitkomsten van het regionale overleg (vastgelegd in het regiobeeld) worden door de zorgverzekeraars gevolgd in de individuele zorginkoop.
- Deze regiobeelden worden per regio vastgesteld door verzekeraars, aanbieders en gemeenten en landelijk bekend gemaakt.

Uitvoeringsfase boven regionaal en landelijk (uniek voorkomend) zorgaanbod:

- Op basis van de kaders in de handreiking is er een overzicht van het bovenregionale (uniek voorkomende) aanbod en wordt transparant wat de benodigde cruciale GGZ-functies zijn.
- Voor de bespreking van het bovenregionale en landelijk uniek voorkomende zorg dient een landelijke tafel gecreëerd te worden (= aansluiten bij de landelijke stuurgroep wachttijden) om te bepalen wat het noodzakelijke zorgaanbod moet zijn en waar deze het beste georganiseerd moet worden. Deze landelijke tafel wordt geadviseerd door de reeds bestaande acht bovenregionale casuïstiek-tafels voor hoogcomplexe zorg (mede op basis van de hoeveelheid behandelde casuïstiek door deze tafels). De uitkomsten van dit overleg zullen in ZN-verband door de gezamenlijke zorgverzekeraars besproken worden.

- Bij akkoord zullen de uitkomsten van deze afstemming door verzekeraars vertaald worden naar de individuele inkoop.
- Als er halverwege het jaar een urgente situatie ontstaat door mutaties op de bovenregionale cruciale functies (nadat zowel aanbieders als verzekeraars hun plichten zijn na gekomen), dan wordt dit tijdig besproken op regionaal en/of landelijk niveau.

Onderdeel E.
Versterking organisatie eerstelijnszorg[16]

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; met behoud van de laagdrempelige en snelle toegang en de hoge kwaliteit van eerstelijnszorg die we in Nederland gewend zijn.

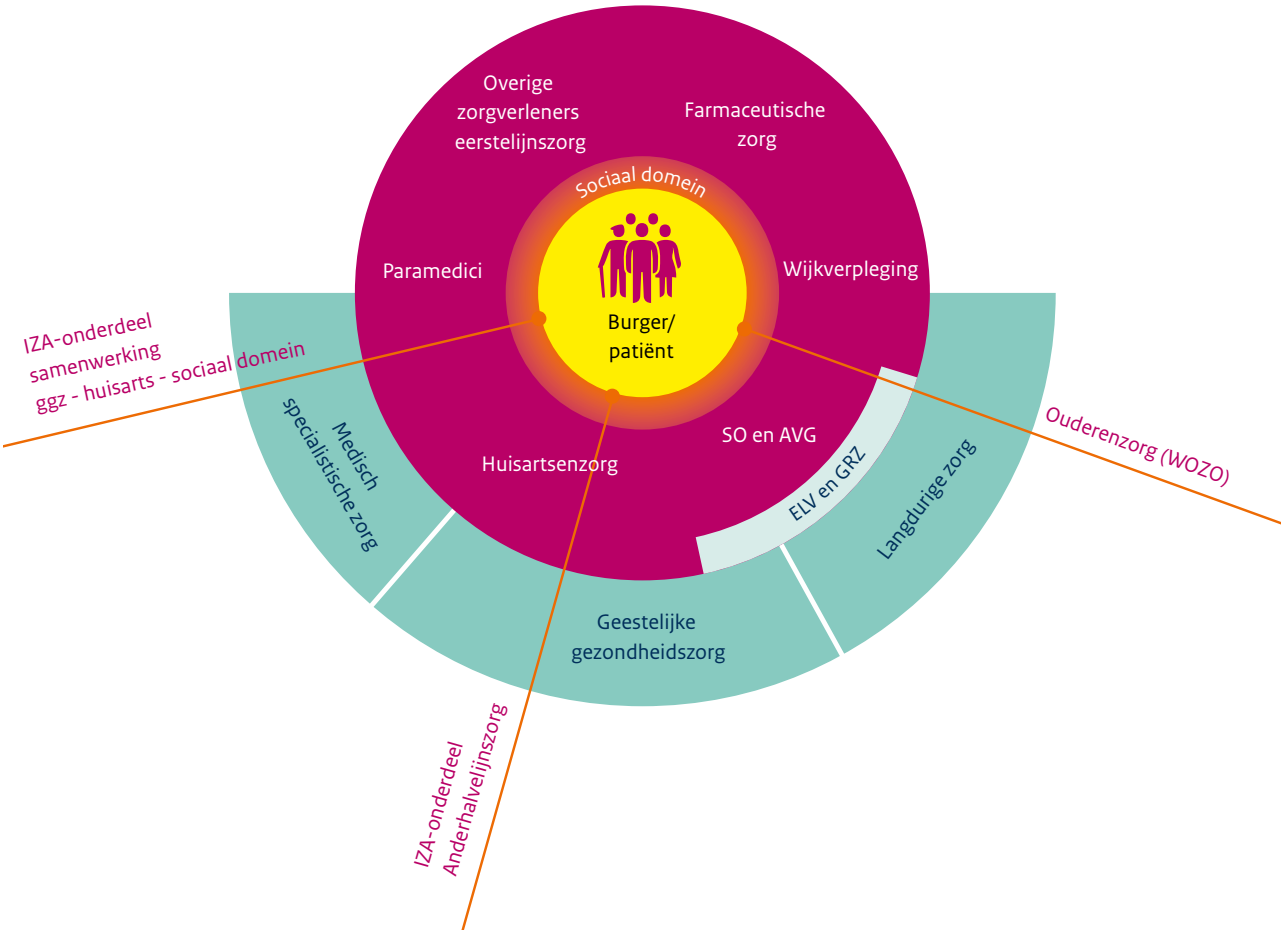
Als gevolg van de vergrijzing, de beweging naar passende zorg en omdat mensen langer thuis blijven wonen, zullen steeds meer mensen voor complexere zorgvragen een beroep doen op eerstelijnszorg: de zorg van huisartsen, apothekers, paramedici, wijkverpleging, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatie[17].

Goede zorg aan (kwetsbare) mensen vraagt er om 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

[16] *Deze tekst is opgesteld 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.*

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



omstandigheden is samenwerking tussen het medisch domein en het sociaal en publiek 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. Dit vooral door in te zetten op preventie, en door het bieden van 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 ook om meer ruimte voor de professional en de 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 ontwikkeling van ondersteuning en samenwerking, en de juiste randvoorwaarden daarvoor, moet structureel worden geïnvesteerd.

1. Belemmeringen

- De eerstelijnszorg is grotendeels kleinschalig en monodisciplinair georganiseerd. Dat betekent dat patiënten die zorg nodig hebben van meerdere professionals daardoor ook 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, UMC's, 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 veel mee samenwerkt bestaat schaarste (zoals wijkverpleging, specialist ouderengeneeskunde, arts VG, ggz-professionals). 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 of voor 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.

2. Ambitie

Wij 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
- 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 per beroepsgroep en gezamenlijk goed is georganiseerd op lokaal en regionaal niveau
- 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.

3. Afspraken

1. **Visie en plan van aanpak**

a. **Voor het einde van 2022** werken Patiëntenfederatie, LHV, InEen, ZN, Actiz, V&VN, Zorgthuisnl samen met KNMP, KNGF, PPN, Verenso, NVAVG en de VNG de bovenstaande ambities verder uit tot een **visie op de eerstelijnszorg van 2030**. Daarbij worden de FMS, NVZ en VGN 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 zorgvraagontwikkeling[18], inzichten uit experimenten en innovaties, ontwikkeling van beroepscapaciteit en van kennis en expertise van zorgverleners en patiënten.

b. 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, op werkplezier en ruimte voor professionaliteit van zorgverleners, samenwerking binnen en over de domeinen en aan en op de houdbaarheid en toegankelijkheid 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, 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 en in het kader van privacywetging de Autoriteit Persoonsgegevens. 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. VWS onderzoekt met partijen of een andere vormgeving van multidisciplinaire zorg binnen de financiële kaders van de eerstelijnszorg bijdraagt aan het realiseren van de visie. Bijvoorbeeld doordat zorgverzekeraars via de inkoop beter kunnen sturen op versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg. Afhankelijk van de uitkomsten van dit onderzoek, treft VWS voorbereidingen om de vormgeving van de budgettaire kaders te wijzigen. VWS maakt over het tijdpad afspraken met betrokken partijen.
De uitvoering van het plan van aanpak leidt ertoe dat er tussen 2023 en 2026 in elke regio in Nederland voortvarend gewerkt wordt aan de realisatie van de visie op de eerstelijnszorg van 2030 en er op basis van resultaatafspraken concrete stappen 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 en regiobeelden voor de eerste lijn zijn congruent met de bredere regiobeelden die worden ontwikkeld (thema regionale samenwerking).

Burgers/patiënten worden bij de planontwikkeling betrokken. Zorgverzekeraars kopen de eerstelijnszorg in regionale en lokale samenhang in, in lijn met de gemaakte afspraken in de regio. Zorgverzekeraars maken

[18] *De NZa biedt hierbij ondersteuning.*

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 partijen al de onderstaande afspraken. In het plan van aanpak worden hierover concrete resultaatafspraken gemaakt. Uitgangspunt is dat deze bijdragen aan de hier geformuleerde ambities ten aanzien de eerstelijnszorg.

2. **Over het optimaal benutten van beschikbare personele capaciteit en expertise**

Met een toenemende zorgvraag en een krappe arbeidsmarkt, zal de beschikbare capaciteit in de eerstelijnszorg optimaal benut moeten worden. Hierbij richten we ons zowel op het verminderen van (onnodige) instroom, het verbeteren van de doorstroom als op het slimmer inzetten van de in de eerste lijn beschikbare professionals:

a. Goede digitale tools kunnen mensen helpen om in te schatten of het nodig is om een beroep te doen op zorg en ondersteunen daarnaast Samen Beslissen. Daarom zetten partijen in op de doorontwikkeling en stevigere inbedding in het zorglandschap van digitale (zelfzorg)middelen, zoals thuisarts.nl en apotheek.nl of andere ehealth-applicaties. Zo wordt onnodig beroep op eerstelijnszorg voorkomen. Er zijn financiële middelen binnen het IZA beschikbaar en VWS maakt over de voorwaarden waaronder deze middelen ingezet kunnen worden in 2022 afspraken met onder andere NHG, FMS, Patiëntenfederatie en ZN. Ook zal waar nodig worden afgestemd met de VNG om de verbinding met het gemeentelijk domein te leggen. De afspraken gaan in ieder geval in op de governancestructuur, cofinanciering en samenwerking met private partijen. Voorwaarde is dat de digitale middelen gepast gebruik van zorg bevorderen.
b. Het water staat huisartsen en hun medewerkers aan de lippen. VWS, zorgverzekeraars en huisartsenpartijen zien de urgentie om de werkdruk op korte termijn te verlichten. Dat vraagt een andere organisatie van de zorg, waarover in deze en andere paragrafen afspraken worden gemaakt. Binnen de huisartsenzorg moeten instroom en doorstroom geoptimaliseerd worden. Huisartsen moeten ruimte in hun hoofd en in hun agenda hebben om de zorg voor hun patiënten goed te organiseren; het praktijkhouderschap moet aantrekkelijk blijven. Alle partijen zien in dit kader het belang van Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) in de huisartsenpraktijk om de huisartsenzorg toekomstbestendig te houden. Meer tijd voor patiënten in het spreekuur en de praktijk is een middel waarmee verwijzingen naar de 2e lijn, medicatie en diagnostiek beperkt kunnen worden en de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Het is daarmee in lijn met passende zorg en de doelstellingen van het IZA. Ook kan 'onnodige' huisartsenzorg worden vermeden als er betere doorverwijzing is naar het sociaal domein, welzijnswerk in de wijk en zelfzorg beter tot stand komt. Tegelijkertijd kan het helpen de werkdruk in de huisartsenzorg te verlagen en het werkplezier te verhogen. Bovendien leidt het tot meer tevredenheid bij de patiënten. Bij de totstandkoming van MTVP gaat het om een combinatie van maatregelen, zoals meer inzet van extra FTE huisarts of ander personeel, taakherschikking, optimalisatie van de praktijkvoering, vermindering van administratieve lasten, samenwerking met andere zorgprofessionals en met het sociaal domein en digitalisering. Over al deze onderwerpen worden in dit akkoord afspraken gemaakt. Vormgeving ervan kan per praktijk en regio verschillen maar mag niet leiden tot verschillen in het basisaanbod voor patiënten. LHV, InEen, ZN en VWS spreken af de komende jaren de implementatie van MTVP in de huisartsenpraktijk en betreffende huisartsenregio's verder op te schalen:
   - De door VWS beschikbaar gestelde groei van de kaders huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in de periode 2023-2026 en daarnaast de specifiek beschikbaar gestelde middelen vanuit het coalitieakkoord voor MTVP en (sectorale) transitiemiddelen, bieden partijen voldoende financiële ruimte om structureel voor alle huisartsenpraktijken en in alle regio's MTVP te realiseren.
   - Uit de middelen voor het coalitieakkoord voor 'meer tijd voor huisartsen' wordt het aantal opleidingsplekken voor huisartsen per 2023 met een ingroeimodel verhoogd. In gesprek met zowel opleiders als LHV bespreekt VWS hoe en in welk tempo dit te realiseren is en hoe een goede verdeling over het land kan worden geborgd. Daarbovenop wordt in de periode 2023-2025 een tijdelijke impuls gegeven om het aantal opleidingsplekken voor verpleegkundig specialisten en physician assistants in de huisartsenzorg te verhogen. De verwachting is dat hiermee in de komende drie jaar extra werkplekken kunnen worden gerealiseerd. Streven is dat deze extra opgeleide professionals bijdragen aan meer tijd voor de huisarts én de patiënt in de huisartsenpraktijk.
   - Huisartsen, regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en zorgverzekeraars spreken af dat de beschikbare budgettaire ruimte wordt ingezet voor de realisatie van MTVP in de huisartsenpraktijk en ondersteuning van de RHO daarbij, met als doel om voor alle 17 miljoen Nederlanders passende tijd te organiseren. Dat moet uiterlijk in vier jaar bereikt zijn. Per jaar komt MTVP beschikbaar voor in ieder geval 4,3 miljoen ingeschreven patiënten (ION). Alle zorgverzekeraars bieden MTVP aan in de contractering voor 2023. Bekostiging van de huisartsenpraktijk gaat in 2023 via het S3 segment. Bekostiging van de RHO gaat vanaf 2023 via de O&I afspraken.

- Groeimodel: De afspraak is dat huisartsenpraktijken en RHO's kunnen starten mits zij voldoen aan een aantal voorwaarden. Die voorwaarden zijn zodanig geformuleerd dat ze een minimale horde vormen voor de praktijken die vanaf 2023 aan de slag willen en kunnen, maar wel zodanig dat de inzet van extra middelen ook daadwerkelijk tot extra tijd in de spreekkamer leidt. Het gaat hierbij om daadwerkelijk meer tijd in de praktijk, een lerende omgeving middels intervisie en een regionale aanpak met ondersteuning door de RHO. Daarnaast committeert de huisartsenpraktijk en de RHO zich aan het implementeren van een leidraad die **eind 2022** wordt opgeleverd. Praktijken die starten met MTVP moeten zich in lijn met die leidraad de komende jaren doorontwikkelen.
- LHV, InEen en ZN leveren **eind 2022** deze uitgebreide leidraad voor de verdere uitbouw van MTVP in de huisartsenzorg. Hierin wordt beschreven welke mogelijkheden, knelpunten, successen, randvoorwaarden en openstaande vragen er zijn en welke verantwoordelijkheden hierbij horen. Hierbij worden de inzichten uit het huidige versnellingstraject MTVP (uitgevoerd i.h.k.v. het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019-2022) ook meegenomen.
- Partijen maken regionale afspraken over de monitoring van de beoogde effecten.
- LHV, InEen en ZN spreken af dat de implementatie en financiering van MTVP op deze wijze vanaf **1 januari 2023** plaatsvindt bij huisartsenpraktijken en regionale huisartsenorganisaties die dit willen en kunnen. Zorgverzekeraars zullen daartoe initiatieven die voldoen aan de uitgangspunten en randvoorwaarden honoreren in de contractering. Huisartsen(organisaties) die hierbij hulp nodig hebben kunnen een beroep doen op externe ondersteuning bij die bureaus die aantoonbaar ervaring hebben en bewezen deskundig zijn met implementatie MTVP, om in overleg met de betreffende zorgverzekeraar tot een goede invulling te komen. Voor deze ondersteuning kan gebruik worden gemaakt van de middelen die voor de eerstelijns- en huisartsenzorg beschikbaar worden gesteld in dit akkoord.
- Om de implementatie van MTVP te vereenvoudigen, verzoekt VWS de NZa **voor 1 juli 2023** met een advies te komen hoe MTVP via de bekostiging en regelgeving voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg maximaal gefaciliteerd kan worden. De NZa zal dit advies afstemmen met partijen die bij de reguliere beleidscyclus van de NZa zijn betrokken. Doel is om eventuele wijzigingen in de bekostiging te laten meelopen in de beleidscyclus voor 2024. Daarmee wordt de structurele bekostiging en de contractering van MTVP maximaal gefaciliteerd. Indien wijzigingen nodig zijn die meer tijd vergen, wordt in overleg met partijen in 2024 al een betekenisvolle tussenstap gezet in de bekostiging. De NZa betrekt de op te stellen leidraad en de uitkomsten van het versnellingstraject bij haar advies.
  - De huisartsenpraktijken krijgen zo de garantie dat er continuïteit is in de afspraken, zodat zij de benodigde investeringen en verplichtingen voor langere termijn kunnen aangaan.
  - VWS vraagt de NZa om landelijke partijen te ondersteunen bij het in kaart brengen van de ontwikkelingen rondom MTVP en de implementatie van de leidraad gedurende de looptijd van dit akkoord. Op deze wijze kunnen partijen monitoren of de gewenste ontwikkelingen daadwerkelijk plaatsvinden.
  - Met deze afspraken creëren bovengenoemde partijen een vliegwiel voor MTVP om de huisartsenzorg overeind te houden.

c. 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.

d. 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.

e. 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.

f. 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.

g. 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.

h. Voor de medisch-generalistische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking op het snijvlak van Zvw en Wlz werken LHV, VGN, NVAVG, V&VN en ZN verder in het verlengde van het convenant Randvoorwaarden en facilitering van medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking.

i. 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. **Doel** van deze aanpak is dat er niet-vrijblijvende afspraken worden gemaakt hoe de 24/7 beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg voor kwetsbare mensen thuis, in een geclusterde woonvorm en in een instelling (regionaal) kan worden geborgd en dat op langere termijn de bestaande ongelijkheid en onduidelijkheid tussen mensen op een plek met- en zonder behandeling verdwijnt.

j. In beide trajecten wordt gewerkt aan passende antwoorden op vraagstukken rond de verantwoordelijkheid van iedere professional bij multidisciplinaire samenwerking, eindverantwoordelijkheid, regiebehandelaarschap en de beschikbaarheid van de expertise van de SO en arts VG bij acute zorgvragen.

k. In de komende jaren wordt geïnvesteerd in het opleiden en behouden van verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in de wijk. Samen met het capaciteitsorgaan wordt geraamd hoeveel verzorgenden, verpleegkundigen en VS nodig zijn om de groeiende zorgvraag in de wijk op te vangen en worden loopbaanpaden ontwikkeld. Er wordt een extra impuls gegeven aan initieel opleiden voor de wijkverpleging.

3. **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 voor patiënt en professional, 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 cliënten, 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 worden 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 voor de zomer van 2023 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.

4. **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. Goede voorbeelden van zorg op het snijvlak van de eerste en tweede lijn worden de norm en leiden daardoor tot resultaatafspraken met betrekking tot brede implementatie. LHV, FMS, V&VN, LHV, FMS, NFU, 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). Ook Revalidatie Nederland wordt hierbij betrokken. 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, ZN en patiëntenorganisaties.
f. VWS onderzoekt, in overleg met betrokken partijen, of en zo ja, hoe investeringen in onderzoek en kwaliteit daarna structureel geborgd en versterkt 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. Indien binnen het IZA voldoende financiële middelen beschikbaar zijn, 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'.

5. **Beschikbaarheid en inzet van financiële middelen**

Partijen, zoals huisartsenzorgorganisaties en andere eerstelijnszorgorganisaties, dienen over voldoende financiële middelen en menskracht te beschikken om beoogde plannen en samenwerkingsafspraken ten uitvoer te brengen. Het gaat hierbij zowel om tijdelijke als structurele middelen.

a. Binnen het IZA zijn **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. Een deel van deze beschikbare middelen kunnen ingezet worden voor flankerende opdrachten die nodig zijn om het plan van aanpak 2026 op te stellen en uit te voeren.
c. VWS stelt – zoals beschreven in onderdeel K. Financiën - naast incidentele middelen via de budgettaire kaders 2023-2026 (waaronder huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg) voldoende financiële ruimte ter beschikking voor de uitvoering van de beoogde plannen en samenwerkingsafspraken in alle regio's.



Onderdeel F. Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz

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.[19,20]

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 direct richt op behandeling van psychische klachten, die voortkomen uit problemen op andere levensgebieden 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, en in verbinding met wijkverpleging, ziekenhuizen en UMC's, 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. Bij deze opgave spelen gemeenten - gezien hun brede verantwoordelijkheid in het sociale- en preventieve domein – een belangrijke rol.[21]

Afspraken

1. Versterken sociaal domein en sociale basis

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 ontwikkelen en implementeren een passende lokale (waar nodig regionale) werkwijze die zorg en welzijn verbindt voor mensen met psychische klachten in de komende 5 jaar. Hierbij wordt voortgebouwd op de bestaande werkstructuur tussen de VNG en ZN. Voorbeelden van interventies die regionaal ingezet kunnen worden zijn: 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:
    - van laagdrempelige steunpunten zoals herstel- en zelfregiecentra waar iedere inwoner, met name mensen met EPA, toegang tot heeft: gerund door vrijwilligers en ervaringsdeskundigen, ondersteund door sociaalwerkers en in verbinding met ggz-professionals. Met een link/ aanspreekpunt naar huisartsen. Voor de inloopvoorzieningen worden IZA investeringsmiddelen aan gemeenten toegekend en aan de voorzetting van het landelijke stimuleringsprogramma Regie in de Regio. Voor de opzet kan ook een beroep gedaan worden op de sector overstijgende-transitiemiddelen conform beschreven werkwijze van deze transformatiemiddelen.

[19] *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).*

[20] *Kerncijfers ggz | Geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) | Nederlandse Zorgautoriteit (nza.nl).*

[21] *Zie ook: Propositie 'De winst van het sociaal domein' | VNG.*

- 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 de nader uit te werken 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.

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

Door een aantal in het IZA genoemde maatregelen moeten de wachtlijsten en wachttijden in de GGZ fors dalen. Daarvoor is een aantal concrete maatregelen afgesproken tussen enkele partijen.

Daarnaast is op tal van onderwerpen een sterke samenwerking tussen sociaal domein en GGZ-zorg noodzakelijk.

De GGZ en de gemeenten hebben in aanvulling op het IZA een grote en bredere gezamenlijke maatschappelijke opdracht/ doelstelling te vervullen ten behoeve van:

a. een mentale gezonde en vitale samenleving
b. de hulp en ondersteuning aan kwetsbare inwoners in de gemeente én
c. het samen zorgen voor de veiligheid van de inwoners van de gemeente in de driehoek van gemeente-GGZ-politie/ justitie.

Daarbij is er vanwege de relatie met de jeugdwet, de Wmo en andere sociaal domein wetten een groot aantal andere onderwerpen tussen de GGZ-zorg en het sociaal domein waarin verbeteringen kunnen worden doorgevoerd.

Gemeenten en de ggz vinden het van belang de thema's voor de komende periode te benoemen en vast te leggen in een voorlopige werkagenda.
Hiervoor wordt op korte termijn maar uiterlijk eind eerste kwartaal 2023 een werkagenda opgesteld, waarbij wordt aangesloten op de reeds bestaande ontwikkelagenda toegankelijkheid en wachttijden GGZ.

We maken in de komende tijd afspraken aan de hand van een groeimodel, over het voeren van verkennende gesprekken door goed opgeleide professionals waarbij er wordt afgewogen of GGZ zorg of inzet van sociaal domein nodig is , het inzetten van consultatie & overleg tussen de domeinen voor individuele cliënten, digitalisering en e-gegevensuitwisseling, het samen begeleiden van burgers met ernstige psychische aandoeningen, voldoende (veilige) huisvesting (in relatie tot het WOZO) voor kwetsbare burgers met ernstige psychische aandoeningen, samenwerking gedurende een traject van een cliënt met een ondersteunings- en/of zorgvraag én het opzetten van regionale duurzame structurele samenwerkingsvormen.

Door een betere samenwerking tussen huisarts, ggz en sociaal domein ervaart de cliënt dat zijn/haar hulpvraag sneller op de juiste plek opgepakt en wordt onnodige instroom in de ggz voorkomen. 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 uitgangspunt.

In de samenwerkingsafspraken die regionaal worden gemaakt, 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.

Het vormgeven van mentale gezondheidscentra (werktitel) zal een sterke basis geven aan de veranderingen én is essentieel om te kunnen komen tot aanvaardbare wachtlijsten in de GGZ.

Dat doen we op hoofdlijnen door:

a. In 2023 en 2024 wordt vanuit de huidige ervaringen en verder bouwend toegewerkt naar een zo uniform mogelijke en na behoefte regionaal ingevulde 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.
b. Zo borgen we duurzame samenwerkingsafspraken tussen huisartsenorganisaties, ggz organisaties en het sociaal domein.
c. Per 2025 wordt de binnen AKWA ontwikkelde (uniforme) werkwijze toegepast in alle regio's. Daarbij is de ambitie dat de patiënt binnen 1-2 weken wordt gezien voor het verkennend gesprek. De huisarts blijft de verwijzer.
d. De inhoud van– en de route ná het verkennende intakegesprek geldt niet voor alle verwijzingen. Dit is voorlopig nader ingevuld In de nadere uitwerking van het verkennend gesprek wordt bekeken welke elementen uit de herstel-ondersteunende intake worden samengebracht.

Deze opzet en werkwijze is verder uitgewerkt in de onderstaande tekst over de afspraken met betrekking tot mentale gezondheidscentra en regionale wachtlijsten.

Het is een groei- en leermodel waarbij we met behulp van AKWA samen ontdekken wat de beste resultaten geeft rekening houdend met de lokale en regionale omstandigheden.
De werkwijze wordt ontwikkeld door zorgaanbieders, zorgverzekeraars, het sociaal domein, een vertegenwoordiging van patiënten en professionals.

a. Organiseren van bereikbaarheid buiten kantooruren voor betere patiëntenzorg, ter voorkoming van crisis en ter ontlasting van de huisartsenposten.

   De huisartsenposten worden in ANW-uren geconfronteerd met personen met niet-acute psychische klachten of met naasten die zich ernstig zorgen maken. Een huisarts kan dan niet direct een beroep doen op de ggz, aangezien de crisisdienst zich richt op acute psychiatrie. Terwijl juist een kort consult (telefonisch) met zowel de persoon als zijn naasten ervoor kan zorgen dat de situatie niet verergert.

   De regievoerder in de regio voor acute ggz (om aansluiting tussen niet-acute en acuut goed te bewaren) organiseert zorginhoudelijke bereikbaarheid in de ANW-uren voor bestaande patiënten (niet acuut) en hun naasten en nieuwe mensen met psychische klachten (via huisarts) in overleg/samenwerking met de HAP. De zorginhoudelijke bereikbaarheid kan bijv. via een telefonische hulplijn georganiseerd worden. Bij patiënten die in behandeling zijn bij de ggz instelling gaat het om de-escaleren en ondersteuning van de naasten. Bij personen met psychische klachten die niet bekend zijn (via huisarts of via meldpunt sociaal domein) gaat het om een vorm van ruggenspraak voor de huisarts of sociaal domein, eerste contact van patiënt met de ggz en de-escalatie van de problematiek. Hierin zijn verschillende modellen mogelijk afhankelijk van organisatie en wensen in de regio. De zorginhoudelijke bereikbaarheid in ANW-uren wordt op een doelmatige en efficiënte wijze georganiseerd, aansluitend bij al bestaande infrastructuren (zoals de crisisdienst). Deze ANW inzet naast de reeds bestaande bereikbaarheid in werkdagen resulteert in een 24 uurs bereikbaarheid van de ggz instelling voor de huisartsen.

   Onderzocht wordt welke modellen er zijn en wat de kosten zijn van een dergelijke functie met de wens om dit te bekostigen onafhankelijk van het geleverde volume. We streven ernaar dat deze functie in alle regio's per 2024 is geregeld.

b. Per 2024 verhogen van het maximumaantal uren poh-ggz (+4 uur) per normpraktijk in segment 1 van de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ten behoeve van netwerkzorg en het inzetten van e-health modules, beide in het kader van huisartsgeneeskundige zorg. De POH is huisartsenzorg en daarmee blijft het kwaliteitskader POH-GGZ van de huisartsen. De GGZ deelt kennis en kunde met de LHV over de ontwikkelingen en noodzakelijke afstemming.

Uitgangspunten bij de uitwerking van het verkennend gesprek:

- er is geen eigen risico voor de patiënt als hij/zij niet wordt doorverwezen naar de tweedelijns ggz
- verbeteren van gezondheid en mentale weerbaarheid
- zo snel mogelijk passende zorg en/of ondersteuning voor client
- bekostiging, inkoop en verantwoording worden zo eenvoudig mogelijk ingericht; uitgangspunt is dat dit niet leidt tot een toename van administratieve lasten en zoveel mogelijk op regioniveau wordt georganiseerd. De huisarts is verwijzer en aanvrager naar het verkennend gesprek en behoudt de regie over de patiënt
- het verkennend gesprek komt ten goede aan de patiënt en verlicht de druk in de hele keten
- draagt bij aan verminderen van de instroom in de ggz
- de kerninstellingen hebben de regie voor het opzetten van het verkennend gesprek in samenwerking met de huisartsen en sociaal domein. Zij werken tevens samen met de ggz aanbieders in de regio

Partijen verwachten dat de inzet van professionals die het verkennend gesprek voeren grotendeels via het ggz-kader en sociaal domein kunnen worden gefinancierd. Daar waar (tijdelijke) financiering/bekostiging via het huisartsenkader nodig is voor snelle implementatie, worden hiervoor tijdelijke algemene transitiemiddelen uit het IZA ingezet tot kan worden aangesloten op het traject van de domein overstijgende betaaltitel.

Om bovenstaande uitgangspunten te realiseren wordt het proces als volgt vormgegeven:

1. Het veld beschrijft (in een kwaliteitsstandaard of samenwerkingsafspraak) met behulp van het leernetwerk AKWA GGZ, NHG en samen met de VNG - een inhoudelijke uniforme werkwijze.
2. Veldpartijen onderzoeken met de NZA en VWS hoe het verkennend gesprek via de bestaande bekostiging of via een domeinoverstijgende betaaltitel kan worden gefinancierd. Met als uitgangspunt dat er geen eigen risico geldt voor de patiënt bij geen verwijzing naar tweedelijns ggz. Waar nodig wordt parallel advies gevraagd aan het Zorginstituut en zorgt VWS voor de benodigde ruimte in wet- en regelgeving als deze contrair zijn aan de uitgangspunten[22]. Parallel wordt aangesloten bij het traject domeinoverstijgende betaaltitel, zoals in het IZA is opgenomen. Deadline: voor de zomer van 2023.

[22] *Partijen verwachten vooral vraagstukken rondom het verkennend gesprek voor patiënten waarbij geen doorverwijzing naar de ggz plaatsvindt.*

3. Het veld zorgt na realisatie van (een) betaaltitel(s) voor de juiste randvoorwaarden (congruente contractering, registratie, controle, verantwoording – in lijn met de uitgangspunten van het thema regionale samenwerking). Hierbij worden dezelfde uitgangspunten toegepast als bij het traject van de bekostiging van de consultatiefunctie sociaal domein.

Kerninstellingen, huisartsen en sociaal domein zijn voor bovenstaande afspraken primair aan zet. Zonder commitment van 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). Waar relevant wordt afstemming gezocht met de hervormingsagenda jeugd. 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.

3. Wettelijke en financiële mogelijkheden domeinoverstijgende samenwerking

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 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 (afhankelijk van eventuele wetswijzigingen en doorlooptijden van behandeling in het parlement).

Afspraak:
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 met voorstellen komt met oplossingen voor de knelpunten in 'domeinoverstijgende bekostiging'. Uitgangspunt is dat vervolgens gezamenlijk wordt toegewerkt naar nieuwe, toepasbare vormen van 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. Deze werkgroep definieert de scope van de knelpunten die worden verstaan onder 'domeinoverstijgende bekostiging' en werkt in ieder geval oplossingen uit voor: (i.) financieren van zowel betalingen als investeringen alsook het verdelen van baten die in een ander domein vallen in het algemeen en (ii.) consultatie, mdo, verkennend gesprek, coördinatie en medicatieadvies ggz (iii.) projectleiders samenwerkingsorganisaties en andere indirecte kosten en (iv.) indirecte tijd door medewerkers van zorgaanbieders en welzijnsorganisaties in het bijzonder. Uitgangspunt voor de werkgroep is om domeinoverstijgende bekostiging zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande kaders van de betrokken zorgaanbieder(s). Voor de GGZ betekent dat zoveel mogelijk aansluiten bij de ZPM systematiek. Het doel moet zijn om domeinoverstijgende bekostiging in de uitvoer te versimpelen (dus met weinig/ minder lasten) en zoveel mogelijk zekerheid en duidelijkheid te geven over bekostiging. De werkgroep volgt een tijdpad zodanig dat de contractering van 2024 hierop kan worden aangepast.

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

Afspraak Mentale gezondheidscentra en regionale wachtlijsten

Doel	Toegankelijkheid verbeteren en wachttijden verminderen door een andere ordening en betere samenwerking binnen en met de ggz en zorgen voor voldoende capaciteit zodat: • Alleen die personen GGZ zorg ontvangen die dit echt nodig hebben en mensen die andere hulp nodig hebben die ook snel krijgen; • patiënten bij een goede invoering van het IZA 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; • We beschikken over kwalitatief goede, éénduidige, wachtlijsten op regionaal niveau.
Randvoorwaardelijk	De in het Integraal Zorgakkoord opgenomen afspraken over samenwerking tussen sociaal domein, huisartsen en ggz en over digitalisering zijn randvoorwaardelijk voor het slagen van onderstaande afspraken over het terugdringen van de wachtlijst en de gemiddelde wachttijden.
Afspraken	We zetten de huidige wachttijdenaanpak met de transfertafels en de huidige aanpak met overlegtafels landelijke hoogcomplexe zorg en de doorzettingsmacht voort. Aanvullend hierop maken we onderstaande afspraken door een werkwijze te introduceren die meer dan 50.000 patiënten[23] op een andere manier zorg kan leveren en/of een ander antwoord kan geven op de zorgvraag en zo een zeer grote bijdrage levert aan de verlaging van de wachtlijsten. **Dit door een combinatie van:** 1. het organiseren van mentale gezondheidscentra met daarbinnen: a. het voeren van verkennende gesprekken b. het kunnen doorzetten en warm overdragen naar de betreffende GGZ aanbieders en indien van toepassing organiseren van Wmo-aanvragen. c. het beheerst kunnen overnemen van de behandelverantwoordelijkheid van de huisartsen voor de patiënten die op de wachtlijst staan (grote ontlasting van de huisarts) en komt ten goede aan de patiënt en de samenwerking in de gehele keten. d. het hebben van een kwantitatief maar vooral kwalitatief goede wachtlijst in deze (sub)regio **Inrichting mentale gezondheidscentra in elke regio:** In de regio worden mentale gezondheidscentra opgezet. De term mentale gezondheidscentra is een werktitel en mag per regio onder een andere naam functioneren en deels andere functionaliteiten hebben. Vormgeving op basis van een aantal criteria. (nader uit te werken) Uitvoering door één of samenwerkende partijen, in samenspraak en afstemming zorgverzekeraars, huisartsen en gemeenten. Het ligt voor de hand dat de regievoerder hierin het voortouw neemt, maar andere vormgeving is mogelijk. Er is ruimte voor andere aanbieders om aan te sluiten bij het netwerk dat is opgezet door de initiatiefnemer(s).

[23] *Uitgaande van 517.000 pt. , ongeveer 10%(minimaal) verwijzing naar sociaal domein.*

Afspraak Mentale gezondheidscentra en regionale wachtlijsten

1. Het organiseren van de verkennende gesprekken valt onder de regie en uitvoering van de houder van het mentale gezondheidscentrum in de regio(zorgkantoorregio). Deze werken samen met de andere aanbieders in de regio & andere aanbieders nemen desgewenst ook deel aan het voeren van de verkennende gesprekken.
   In de komende jaren wordt in het tempo zoals voorgaand beschreven de regionale samenwerking met de gemeenten en professionals verder vormgegeven waar het gaat om de inrichting en taakverdeling van het verkennend gesprek.
   De centra werken met name voor de door de huisarts veronderstelde (complexere) CMD groepen en proberen de sociale en GGZ problematiek te scheiden. Vanaf 2025 wordt het verkennende gesprek door de ggz-professional(s) (zoveel mogelijk samen met een ervaringsdeskundige) het uitgangspunt voor een (voorgenomen) verwijzing van patiënten met ggz problematiek én problemen op andere levensdomeinen door de huisarts naar de ggz.

De huisarts beoordeelt of het verkennend gesprek van meerwaarde is.
Bij cliënten met evidente (nagenoeg) digitale monodisciplinaire ggz-vraag, bij ouderen, jeugd, heraanmeldingen, cruciale functies en bij (sub) acute zorg verwijst de huisarts direct naar de juiste behandelaar.

In het leernetwerk van Akwa wordt gekeken naar succesvolle werkwijzen, voor welke doelgroepen dit verkennend gesprek meerwaarde heeft, en die worden benut voor de verdere ontwikkeling.

Uitgangspunten:
- Patiënten mogen zelf ook keuze maken voor een aanbieder.
- Huisartsen kunnen indien dit wenselijk is altijd zelf een keuze maken om rechtstreeks te verwijzen naar de GGZ of naar de gemeente (als dit voor de huisarts helder is).

2. Er wordt in dat **verkennend gesprek** vanuit verschillende invalshoeken naar de patiënt en zijn zorgvraag gekeken. Daarbij is de ambitie dat de patiënt door de ggz professional binnen één week wordt gezien.
   De huisarts blijft de verwijzer en gedurende het verkennende gesprek valt de patiënt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts.

De uitkomst van het verkennend gesprek kan zijn dat er:
- Wmo ondersteuning, arbeidstoeleiding enz. nodig is. De patiënt wordt hiernaartoe begeleid en verder weer overgedragen aan de huisarts.(blijft in zorg bij de huisarts)
- Er is alleen ggz zorg nodig of combinatie van GGZ- zorg en hulp uit het sociaal domein dan is het streven dat binnen vier weken[2] de behandelverantwoordelijkheid voor de client door de ontvangende instelling (kerninstelling, andere instelling of vrijgevestigde) overgenomen van de huisarts (ook als er nog geen intake heeft plaatsgevonden). Dat is een belangrijke verbetering t.o.v. De huidige situatie waar de huisarts langdurig verantwoordelijk blijft als de patiënt moet wachten.

- De behandelende GGZ-organisatie is afhankelijk van de uitkomst van het verkennende gesprek, de hoeveelheid ingekochte zorg voor verzekeraars, de actuele wachtlijsten van aanbieders, de afspraken op transfertafels en de voorkeur voor de patiënt. Uitgangspunt is intake en behandeling binnen de Treek-normen.

Voor het verkennend gesprek geldt – als geen verwijzing naar de ggz plaatsvindt – geen eigen risico.

Afspraak Mentale gezondheidscentra en regionale wachtlijsten

Verwijzing na het verkennend gesprek:

1. Cliënten die na het verkennend gesprek een traject binnen de ggz behoeven, worden in eerste instantie verwezen naar de organisatie die de best passende zorg biedt in relatie tot de hulpvraag, indien er meerdere aanbieders daarvoor zijn, dan (uiteraard) naar degene met de kortste wachttijd;
2. 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, bij voorkeur in de regio;
3. Als alle aanbieders de treeknorm voor intake en behandeling overschrijden wordt de patiënt geplaatst naar de zorgverlener van zijn of haar keuze.

Wachtlijsten:

Er is op regioniveau een wachtlijstoverzicht.
Die is opgebouwd uit de kwalitatieve en kwantitatieve wachtlijsten van de mentale gezondheidscentra en wachtlijsten op stedelijk niveau.
Onder kwalitatief wordt bedoeld dat specifieke zorgvragen/doelgroepen zichtbaar zijn.
Deze wordt in samenhang aan de transfertafels besproken.

- De huisarts beoordeelt bij de verwijzing welke aanbieders welke wachtlijsten heeft en neemt dit samen met de patiënt mee bij de keuze voor de verwijzing.
  Als de gekozen aanbieder (zorginstellingen en vrijgevestigde praktijken) de treeknorm voor intake en behandeling overschrijdt adviseert de huisarts de patiënt contact op te nemen met het zorgbemiddelingsloket van de zorgverzekeraar. Na de zorgbemiddeling verwijst de huisarts de patiënt naar de geadviseerde en door de patiënt gekozen zorgaanbieder.
  Alle aanbieders, instellingen en vrijgevestigden, worden verplicht hun wachtlijst op te geven aan de NZA[24] en als er geen wachtlijst is hoeveel patiënten kunnen worden aangemeld de komende maand.
- Aanbieders worden aangespoord hun wachtlijsten steeds actueel te houden binnen de grenzen van redelijkheid. (dat is tenminste 2x per jaar contact met patiënten op de wachtlijst).
- Er worden maatregelen genomen om inzicht te krijgen hoeveel mensen er dubbel op wachtlijsten staan. (zie project n.a.v. IZA – door VWS).
- Patiënten hebben het recht om wel bij meerdere zorgaanbieders aangemeld te staan voor dezelfde zorgvraag.
- Op deze manier 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.

De wachttijden zijn inzichtelijk voor de patiënt en de voorkeur van de patiënt is leidend.

(Deze werkwijze wordt de komende jaren ingevoerd. Tot die tijd blijven de lopende werkwijzen om wachtlijsten te verlagen onverminderd van kracht)

[24] *Er wordt nog nader bekeken of NZa deze rol kan vervullen.*

Afspraak Mentale gezondheidscentra en regionale wachtlijsten

Monitoring en escalatiemogelijkheden:

Risico van bovenstaande werkwijze is dat sommige kerninstellingen meer dan gemiddeld naar zichzelf zouden verwijzen en andere partijen hier problemen meer hebben.
Een ander risico is juist dat een deel van de aanbieders onvoldoende meedoet waardoor het maximale resultaat niet wordt behaald.

Monitoring:

Om de resultaten te volgen per regio & om te bezien of ongewenste effecten optreden spreken we het volgende af
Alle aanbieders rapporteren aan de regionale transfertafel op tenminste drie aspecten:

- Omvang van de wachtlijst en de wachttijd en maatregelen die worden genomen de wachttijd te verlagen.
- Aantallen doorverwijzingen naar de verschillende aanbieders in de regio via het mentaal gezondheidscentrum en transfertafel.
- Mate van deelname door de aanbieders in de regio aan de verkennende gesprekken en aan de transfertafel.

Mogelijke stappen bij niet goed functioneren:

De volgende stappen zetten we als een dergelijke situatie zich zou voordoen

1. aanbieders rapporteren steeds regionaal en de transfertafels rapporteren aan de stuurgroep wachttijden.
2. als er vragen zijn van partijen in de regio over de verwijsstroom in aantallen patiënten over deze doelgroep en daarmee mogelijke markt beïnvloeding dan wordt dat door de 3 verzekeraars besproken met partijen.
3. er worden afspraken gemaakt over verbeteringen.
4. verzekeraars kunnen anders contracteren en het hiermee desgewenst de situatie in de regio beïnvloeden.
5. als de maatregelen onder 3. en 4. onvoldoende zijn dan kan er een onderzoek in de regio door de verzekeraars worden gedaan.
6. als de verbeteringen naar aanleiding van dit onderzoek onvoldoende zijn kan daarna door verzekeraars aan de toezichthouders – NZa (m.b.t zorgplicht, als doelgroepen niet worden bediend) en IGJ –worden gevraagd om onderzoek te doen teneinde een oordeel te kunnen vellen.
7. indien bovenstaande stappen tot onvoldoende wijzing van de situatie leidt kan de organisatie van het verkennende gesprek voor die regio in handen van een onafhankelijke organisatie worden gegeven.

Afspraak Mentale gezondheidscentra en regionale wachtlijsten

Borging opzet:

- Een extern bureau wordt gevraagd een aantal uitvoeringsmodaliteiten op te leveren om de onafhankelijkheid van het inzicht en doorstroom(verwijzingen) te borgen.
- Hierbij moet het bureau ook advies moeten geven hoe te komen tot objectieve cijfers over landelijke en regionale wachtlijsten (unieke patiënten) en wachttijden en de wijze waarop hierop gerapporteerd kan worden aan stuurgroep wachttijden en bestuurlijk overleg wachttijden. De werkwijze moet vooral de regio faciliteren de juiste maatregelen te kunnen doen.
- Transitiemiddelen op dit gebied worden toegekend door de verzekeraars op basis van de beschreven uitvoeringsmodaliteiten voor sectorspecieke en algemene transitiemiddelen.
- Privacy-bestendige gegevensdeling wordt geborgd, gebaseerd op de werkwijzen van de huidige transfertafels.
- Samen met AKWA wordt een traject in gezet met een aantal aanbieders, zorgverzekeraars, het sociaal domein, een vertegenwoordiging van patiënten en professionals, om een werkwijze te ontwikkelen voor de verkennende gesprekken en de mentale gezondheidscentra op basis van de genoemde functionaliteiten. Deze te ontwikkelen modaliteit geldt voor alle aanbieders.
- Toezichthouders (IGJ en NZa) zien er actief op toe dat aanbieders en zorgverzekeraars de afgesproken instrumenten inzetten en regionale samenwerking vormgeven om actief wachtlijstenbeheer te voeren.
- De voortgang van de afspraken wordt besproken in het periodiek BO wachttijden.

Hybride zorg in de ggz

De afgelopen jaren zijn er, onder andere door COVID, veel goede ervaringen opgedaan met hybride zorgvormen. Voor een deel van de doelgroepen is een (nagenoeg) geheel digitale behandeling effectief. Partijen onderschrijven de kansen die e-health biedt voor de ggz-zorg en de noodzaak om hieraan een stevige impuls te geven in het kader van passende zorg en het voldoen aan de toegankelijkheid van de GGZ voor alle doelgroepen. Voor alle groepen in de GGZ willen we de komende jaren verdere stappen zetten om de inzet uit te breiden. De opbrengst is om hiermee meer patiënten te behandelen met dezelfde behandelcapaciteit in in ieder geval de monodisciplinaire zorg (dit betreft zowel de instellingen als de vrijgevestigden).

Uitgangspunt hierbij is meer regie van de patiënt in zijn behandeling, frequenter (kortdurend) contact daar waar wenselijk én zorgen voor passende zorg, waardoor de wachtlijsten in de GGZ structureel kunnen worden verlaagd.

Partijen maken hiertoe de volgende afspraken:

Om de wachtlijsten te verminderen moeten er extra mensen worden behandeld in deze groepen met de huidige capaciteit aan professionals die werkzaam voor deze patientgroepen. Hierdoor moet zo'n 6% van de behandelcapaciteit vrijgespeeld worden. Het is aan de professionals zelf dit vorm te geven. Gezien de ervaringen die zijn opgedaan met digitale interventies wordt er gestreefd naar zoveel mogelijk hybride werkvormen waar dit passend is voor de patiënt.

Dit kan op onder andere de volgende manieren:

1. meer inzet van digitale middelen (telefonie-beeldbellen)
2. meer inzet van E-health modules
3. meer inzet van integrale E-health behandelingen (grotendeels digitaal)

Mocht de doelstelling niet via de weg van meer digitale zorg ingezet worden, dan zal extra moeten worden ingezet op de andere interventies, bijvoorbeeld de inzet van groepsbehandelingen en het verkorten van de behandelduur, zodat we meer patiënten behandelen die op de wachtlijst staan en voldoende capaciteit houden om mensen met een zwaardere zorgvraag te voorzien van goede zorg.

Daar waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen niet tot overeenstemming kunnen komen, kunnen zij Zorginstituut Nederland vragen om advies of een duiding. Zorgstandaarden kunnen bij het Zorginstituut worden ingediend voor opname in het Register en zorgpraktijken kunnen t.z.t. door hen worden vermeld worden in het overzicht met passende zorgpraktijken. Daarnaast zal VWS in gesprek gaan met de NZa met als doel om te komen tot aparte prestaties en tarieven voor digitale zorg (met bijvoorbeeld aparte prestatiecodes, zodat aparte contractafspraken gemaakt kunnen worden, die zichtbaar worden in de declaraties). Daarnaast zal met de NZa besproken worden welke concrete controlemogelijkheden geboden kunnen worden aan zorgverzekeraars om niet passende zorg niet te vergoeden, met name gericht op ongecontracteerde zorg.

Proces en gehanteerde uitgangspunten

- In samenwerking tussen professionals, patiëntenvereniging, aanbieders en verzekeraars worden voor clusters van patiëntengroepen ranges en richtingen bepaald in welke mate inzet van digitale mogelijkheden er zijn. Een voorstel daartoe volgt uiterlijk eind Q1 2023.
- Dit gebeurt in twee clusters van patiëntgroepen:
  - te starten binnen de mono-disciplinaire zorg & de daarbij aanwezige zorgvraagtyperingen. We starten hier, en maken gebruik van de onderzoeken die er al zijn omtrent de uitkomsten en kwaliteit van deze zorg. We zetten deze handelswijze in bij voldoende redzame personen. (taalvaardigheid, intelligentie en interpersoonlijke aspecten kunnen belemmerende factoren zijn
  - Daarnaast definiëren we ook bij de multidisciplinaire, outreachende en klinische zorg en de daarbij behorende zorg-vraagtyperingende mogelijkheden omtrent de inzet van digitale zorg.
- We maken op de doelgroep (intelligentie, taalvaardigheid en interpersoonlijke aspecten) toegesneden toepassingen zodat het digitale aanbod passend bij de cliënt en zijn wensen en vermogens wordt aangeboden. Het is van belang dat cliënt en behandelaar samen beslissen over de inzet van deze mogelijkheden ook gezien de stand van de wetenschap en praktijk.
- Ook voor de overige groepen in de GGZ worden er stapsgewijs methodes ontwikkeld en elementen van behandeling en begeleiding die digitaal kunnen worden aangeboden.
- De kwaliteit van zorg wordt door partijen nauwgezet gemonitord en geanalyseerd, zodat een cyclus van met elkaar leren en verbeteren plaats vindt. De reeds bestaande cliëntwaarderingen en uitkomstmetingen over digitale zorg worden daarbij gebruikt. De uitkomsten van dit proces worden verankerd in de zorgstandaarden waarbij de kennis zoveel mogelijk wordt gedeeld tussen partijen.

Daarnaast is het noodzakelijk dat we:

- Investeren in digitale vaardigheden van zorgprofessionals en integreren in de opleidingen en trainingen.
- Investeren in ondersteuningsmodules voor de patiënt en zijn naasten.
- Investeren in de ontwikkeling van digitale zorg inclusief e-health modules en de organisatie van de geboden digitale zorg volgens de Akwa-zorgstandaarden voor e-health.
- Instrumenten (door)ontwikkelen om deze zorg inclusief aan te kunnen bieden (d.w.z. voor mensen met een visuele, auditieve, verstandelijke of andere beperking die het gebruik van digitale ggz-zorg zou kunnen belemmeren).
- Best practices over reeds bestaande organisatie en uitvoering van digitale ggz-zorg verzamelen en verspreiden onder ggz-aanbieders.

Deze afspraken worden bij verdere uitwerking van het IZA voor sectorale GGZ deel in lijn gebracht met de integrale afspraken over hybride zorg, met een nadere verbijzondering voor het GGZ domein.



Onderdeel G.
Gezond leven en preventie

Er is een brede roep om een beweging naar 'de voorkant' waarin een gezonde samenleving centraal staat.
Een gezonde samenleving waarin de eerste duizend dagen van een kind garant staan voor een kansrijke start, met een veerkrachtige jeugd, een gezonde beroepsbevolking en vitale ouderen die zo lang mogelijk zelfredzaam zijn. En waarin gezondheidsachterstanden worden teruggedrongen.
Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken. Armoede, schulden, problemen rondom huisvesting, eenzaamheid, werkloosheid, een beperking, een lage opleiding of de kwaliteit en de inrichting van de leefomgeving hebben allemaal invloed op hoe gezond je bent en hoe gezond je je voelt. Het bevorderen van gezondheid en preventie strekt dan ook verder dan het zorgdomein, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor de gemeente. Dat vraagt om een sterk en kabinetsbreed beleid op het terrein van gezond leven en preventie en een aanpak waarin rijk, gemeenten en zorgpartijen als ook bedrijfsleven en andere partijen samenwerken.

De ondertekenende partijen, voelen zich er gezamenlijk voor verantwoordelijk om mensen met een gezondheidsklacht, psychische of sociale kwetsbaarheid, aandoening of ziekte, te helpen op een zo gezond mogelijke wijze te laten leven en daarbij gezondheidsachterstanden terug te dringen.

De overheid is aan zet voor het realiseren van een gezonde leefomgeving. Het belang van gezondheid moet op veel domeinen waar rijk en gemeenten beleid voor maken mee worden genomen (health in all policies). En inwoners geven zelf invulling aan een zo gezond mogelijk bestaan. Indien daarbij ondersteuning nodig is, is het publieke of sociale domein daarvoor de eerstaangewezen plek.
Gemeenten zijn – gezien hun brede verantwoordelijkheid in het sociale en preventieve domein – goed in staat om passende en integrale ondersteuning en zorg te bieden aan of organiseren voor (kwetsbare) mensen. Het gaat dan om beleid en aanpakken op diverse onderwerpen; denk aan gezondheidsachterstanden, mentale gezondheid, aandacht voor leefstijl in een gezonde leefomgeving, de sociale basis (o.a. vrijwilligerswerk, mantelzorgondersteuning en de aanpak van eenzaamheid) en maatwerkvoorzieningen in de ondersteuning van zelfredzaamheid. Met name voor ouderen (en hun mantelzorgers) is de rol van gemeenten op het terrein van volkshuisvesting belangrijk. Dit alles in combinatie met beleidsvorming en maatregelen in het bredere sociaal domein (o.a. bestaanszekerheid en opvoedondersteuning/jeugdhulp). Daarmee kunnen gemeenten een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkomen of uitstellen dat mensen ziek worden, vereenzamen of mentale klachten ontwikkelen, en het beperken van de instroom in (duurdere) zorgvoorzieningen, waaronder de curatieve GGZ. Om deze beweging naar de voorkant kracht bij te zetten maken VWS en gemeenten afspraken in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) over gezondheidsdoelen en de inzet hierop.

Vanuit de Zvw-verzekerde zorg en het IZA wordt geïnvesteerd in 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 via een (regionale) preventie-infrastructuur. Op basis van het regiobeeld maken gemeenten en zorgpartijen maken hierbij samenwerkingsafspraken in regioplannen waarin het zorgdomein en het sociale- en gezondheidsdomein in samenhang worden bezien teneinde mensen gezond te houden en de instroom in de zorg te beperken. Hierbij wordt voortgebouwd op de bestaande werkstructuur tussen gemeenten en zorgverzekeraars en de coalities en afspraken die door gemeenten zijn gemaakt met de lokale preventieakkoorden en sportakkoorden in de afgelopen jaren.

1. Ketenafspraken

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

1. **(Regionale) preventie-infrastructuur**

a. Preventieve interventies staan nooit op zichzelf, maar moeten landen in een stevige (regionale) infrastructuur die is gericht op bescherming en bevordering van gezondheid. Zorgverzekeraars en gemeenten maken daarom 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.
b. Het regiobeeld en -plan en de regionale samenwerkingsafspraken worden gemaakt op basis van de bestaande werkstructuur tussen zorgverzekeraars en gemeenten.

Hierbij worden de GGD, de (thuiszorg)zorg- en welzijnsaanbieders en professionals uit het sociale en publieke domein betrokken. Tevens worden de regionale preventiecoalities, patiënten-, cliënten- en naastenorganisaties en kennisinstellingen zoals Topfit, Health Hub Utrecht, Preventie Overleg Groningen, Slimmer Leven Brainport Regio en de Friese Preventieaanpak benut. Er is aandacht voor de inzet van e-health en anonieme hulplijnen, bijvoorbeeld ter versterking van zelfhulp en gezondheidsvaardigheden en ter vervanging van face to face contact.

c. Over de (wettelijke) taken en verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van de (regionale) preventie infrastructuur, worden **uiterlijk 15 december 2022** in een addendum bij zowel het IZA als het GALA nadere bestuurlijke afspraken gemaakt. Hierbij wordt ook het (concept)werkprogramma van VNG met daarin de inzet van gemeenten (*zie kader in koptekst*) betrokken.

d. Daarnaast richten zorgverzekeraars en gemeenten met ingang van **1 januari 2024** in ieder geval 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 **uiterlijk 15 december 2022** in een addendum bij zowel het IZA als het GALA nadere bestuurlijke afspraken gemaakt. VWS en NZa zijn verantwoordelijk voor de daarvoor benodigde tijdige aanpassing van de relevante regelgeving. Duidingen van het Zorginstituut zijn randvoorwaardelijk voor het kunnen maken van nadere bestuurlijke afspraken en het tijdig inrichten van de ketenaanpakken. Voor valpreventie, de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht van volwassenen en de aanpak overgewicht kinderen zijn al duidingen beschikbaar. Het Zorginstituut is bereid om in de aanloop naar het te sluiten addendum bij gesprekken tussen gemeenten en zorgverzekeraars aanwezig te zijn om deze duidingen toe te lichten en verantwoordelijkheden te verhelderen. Het Zorginstituut kan op verzoek ook welzijn op recept en kansrijke start duiden.

e. VWS jaagt de implementatie van de genoemde ketenaanpakken 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.

f. Om de uniformiteit en effectiviteit van het aanbod van (nieuwe) ketenaanpakken ter bevordering van de gezondheid te verbeteren, adviseert het Zorginstituut tevens op verzoek van zowel gemeente als zorgverzekeraar welke onderdelen van een ketenaanpak onder verantwoordelijkheid vallen van de zorgverzekeraar (verzekerde zorg), en welke niet (bijv. sociaal/publiek domein). Daarnaast komt het Zorginstituut **uiterlijk 1 juli 2023** met een voorstel voor versnelling van het huidige duidingsproces van preventieve en leefstijlinterventies. Tevens krijgt het Zorginstituut extra capaciteit.

2. 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 derde lijn samenwerken. Deze structuur sluit aan bij de in te richten regionale preventie-infrastructuur en kan ook wijkgericht worden uitgevoerd.

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: eerstelijn 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.

3. 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 (topklinische) ziekenhuizen en GGZ-instellingen 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 Lifestyle-4Health, PON, Alliantie Voeding in de Zorg, Vereniging Arts en Leefstijl, de patiënt-, cliënt- en naastenorganisaties, (ggz)-aanbieders in de eerste, tweede en derde lijn, ziekenhuizen en zelfstandige klinieken betrokken.

d. Er wordt geïnvesteerd in kennisbevordering en dataverzameling op nationaal en regionaal niveau om met gemeenten en partners tot een (meer) effectieve inzet van preventieve interventies te komen.

4. Passende bekostiging

a. Samenwerking tussen zorgpartijen en de gemeentelijke domeinen met het oog op investeren in gezondheid vraagt om passende bekostiging. Wat betreft de zorg gaat het om:
   - 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;
   - 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;
   - Het 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 uiterlijk **1 december 2022**, met betrokkenheid van VNG een voorstel uit voor een passende bekostigingswijze (zowel voor de korte als langere termijn), voortbouwend op de (bestuurlijke) overleggen die hierover al hebben plaatsgevonden. Hierbij wordt ook gekeken naar de benutting van de O&I-middelen die onder meer bedoeld zijn voor domeinoverstijgende samenwerking in de eerstelijn en worden voorstellen gedaan voor het wegnemen van eventuele wettelijke belemmeringen.

c. Wat betreft project- en coördinatiekosten voor gemeenten (en GGD'en), maakt VWS separaat bestuurlijke afspraken met gemeenten.

2. 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, fysieke en mentale kwetsbaarheid in de spreekkamer en achter de voordeur en het verwijzen naar, aanbieden van, advisering over en/of wijzen op effectieve leefstijlinterventies- en programma's, passende welzijnsactiviteiten en schuldhulp, brede gezondheidsconcepten, 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 en de sociale basis. Partijen maken daartoe de volgende afspraken.

1. Inzet en veranderopgave algemeen

a. Elke partij 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:
   - De regiovisies op basis van de regiobeelden en de opgaven die daaruit voor hen voortvloeien.
   - De gezondheidsdoelen zoals opgenomen in het Preventieakkoord en de VWS-missies voor het Missiegedreven Topsectoren- en Innovatiebeleid[25] 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.
   - De volgende aanvullende meer specifieke doelen:
     - In 2030 is het aantal mensen dat professionele hulp zoekt voor psychische klachten substantieel 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).

2. 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. **Per 1 juli 2023** houdt het RIVM, in afstemming met het Zorginstituut, een overzicht bij van effectieve leefstijlinterventies binnen de Zvw.

c. Met betrokkenheid van de brede leefstijlcoalitie komt er 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).

[25] *Missies voor het topsectoren- en innovatiebeleid | Publicatie | Rijksoverheid.nl.*

3. 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 -, **zo snel mogelijk** onderdeel is van (de herziening of ontwikkeling van) 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, het sociale netwerk, 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. Per **1 januari 2024** komt het uitgangspunt van leefstijl als (onderdeel van de) behandeling - wanneer bewezen van meerwaarde -, 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 de opleidingen tot arts, verpleegkundige en verpleegkundig specialist zitten eindtermen op het gebied van leefstijl, preventie en positieve gezondheid verweven in de competenties. De komende jaren worden deze competenties uitgerold over de diverse opleidingen.

f. Waar relevant worden in de curricula ervaringsdeskundigen ingezet om hun inzichten te delen op het gebied van preventie, gezonde leefstijl en gezondheidsvaardigheden.

4. 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. Uiterlijk **1 januari 2024** is betrouwbare informatie over bewezen effectieve interventies voor patiënten breed toegankelijk.

b. Per **1 januari 2030** wordt het voedingsaanbod voor patiënten, cliënten en bewoners van instellingen 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.

c. Sport en bewegen is onderdeel van het preventiebeleid. Daarbij gaat het om goede en voor iedereen bereikbare sportvoorzieningen, en de mogelijkheid om met anderen te sporten.

5. Financiële prikkel zorgprofessionals en zorgverzekeraars

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 en zorgaanbieders beter benut.

a. 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.

b. Goede voorbeelden in contractering en bekostiging worden gedeeld door de NZa en ZN, zodat opschaling makkelijker en beter te realiseren is.

c. 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.

d. Randvoorwaarde voor de transformatie naar passende zorg (en preventie) is een goed functionerende risicoverevening. Zie de paragraaf hierover in paragraaf 9 van onderdeel A. Passende zorg: waardegedreven – samen met de patiënt, pakket en kwaliteit.

3. Randvoorwaarden

a. Gemeenten, 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. VWS heeft een inspanningsverplichting om andere departementen gezondheidsbevordering mee te laten nemen in de overwegingen voor beleidskeuzes. Het gaat daarbij in elk geval om:

- 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).
- Het terugdringen van gezondheidsachterstanden.
- Zorg- en ondersteuningsvragen zo veel als mogelijk demedicaliseren en buiten de zorg van een passend antwoord voorzien, waaronder binnen de gemeentelijke domeinen.

b. Om de inzet op gezondheid vanuit en binnen de Zvw-verzekerde zorg effectief te laten zijn, gelden de volgende randvoorwaarden:
   - Inzet op gezondheid en de sociale basis 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.
   - Versteviging van het gemeentelijke gezondheids-, ondersteunings- 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.
   - 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.
   - Bekostiging op basis van uitkomsten voor de gezondheid wordt mogelijk gemaakt en de mogelijkheid om daarbij gezondheidsdoelen te betrekken wordt nader verkend.
   - 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.
   - In de opleiding van elke zorgprofessional en de richtlijnen is aandacht voor preventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsvaardigheden. Ook is aandacht voor hoe (fysieke, sociale en mentale) leefstijl het ontstaan en beloop van ziekten beïnvloedt en hoe leefstijlinterventies ziekteprocessen kunnen afremmen en eventueel kunnen omkeren.
   - 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.



Onderdeel H. Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals

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 met afspraken zoals opgenomen in dit 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 geconcurreerd 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 bevlogenheid 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.
4. Nog te beperkte zeggenschap van de zorgprofessional t.a.v. procesmatige en strategische keuzes binnen de organisatie rondom het gehele zorgproces.
5. Het relatief grote aantal kleine contracten dat onder meer samenhangt met de roostering en de wensen en mogelijkheden om werk en privé te combineren.

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 anderzijds 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 zorgprofessionals 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.

VWS en zorgpartijen onderschrijven mede in het licht van de krapte op de arbeidsmarkt de urgentie van de aanbevelingen uit het SER-advies "Aan de slag voor de zorg; een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt" ten aanzien van het overbruggen van de geconstateerde achterstand in de beloning ten opzichte van de markt en ten aanzien van de versterking van zeggenschap, waardering en verantwoordelijkheid van zorgmedewerkers in de instellingen waar zij werken. Dit vraagt van alle partijen binnen deze IZA periode een voort te zetten aandacht voor de implementatie van deze aanbevelingen. De voortgang van de implementatie van de IZA-afspraken zal worden gemonitord en zo nodig uiterlijk bij de Mid Term Review van het IZA tot nadere afspraken leiden.

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.

Afspraken

Uitgangspunt bij de afspraken:

- Zorgprofessionals krijgen vertrouwen, professionele ruimte en autonomie opdat zij hun cruciale rol bij de transformatieopgave kunnen vervullen.
- Zorgprofessionals 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 Ellemeet is opgesteld zal in het kader van het programma TAZ ook deze kabinetsperiode worden geïnvesteerd in het bevorderen van zeggenschap.

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 verduurzaming en voor goede kwaliteit en continuïteit van zorg.

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 het volle potentieel van zowel de transitie als de professional benut kan worden.

In de uitwerking betekent dit dat zorginkopers tijdelijk transformatiemiddelen beschikbaar stellen aan instellingen die aan deze transitie bijdragen, waarmee professionele ruimte wordt gecreëerd ten behoeve van deze transitie.

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.

2. Goed werkgeverschap/dialoog voor behoud en duurzame inzetbaarheid

Goed (regionaal) 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 gemiddelde aantal werkuren stijgt.

Zorgaanbieders zorgen dat leidinggevenden 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 leeftijdgrens 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.

3. Vermindering regeldruk

Het is belangrijk om de administratieve lasten en regeldruk fors te reduceren. Alle initiatieven van de afgelopen jaren hebben tot een te beperkt resultaat geleid. Daarom kiezen we in dit IZA voor een steviger aanpak en ambitie. We gaan bij de vraag of en zo ja hoe nieuwe regels noodzakelijk zijn, zwaarder gewicht hechten aan de stem van zorgverleners die verantwoording afleggen of anderszins in de praktijk de gevolgen van de regel ondervinden, en minder aan de partijen die verantwoording vragen. Alle 'regelmakers' in de brede zin van het woord (VWS, zorgverzekeraars, toezichthouders, werkgevers, branche- en beroepsverenigingen) gaan per direct alle nieuwe regelgeving toetsen aan het uitgangspunt 'zinnig en radicaal simpel'. Zinnig is wat bijdraagt aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Radicaal simpel betekent dat we voor de professional zo eenvoudig mogelijke oplossingen kiezen die bijdragen aan professionele autonomie, vakmanschap en werkplezier. Is het niet zinnig en niet radicaal simpel, dan moet het terug naar de tekentafel óf doen we het niet. Ook bestaande regels, registraties, verplichtingen, procedures etc. nemen we op deze manier onder de loep. Met deze aanpak wordt een reductie van administratieve tijdsbesteding gerealiseerd die deze in lijn brengt met het niveau dat zorgverleners zelf acceptabel achten.

Deze werkwijze brengt met zich mee dat vóór het invoeren van nieuwe regels (in de brede zin van het woord) waarvan een substantiële negatieve impact op de ervaren regeldruk verwacht mag worden in een klankbordgroep met een representatief aandeel van praktiserend zorg- en beleidsprofessionals uit de

sector van de Nederlandse gezondheidszorg waar de regel op van toepassing is gesproken wordt over de uitvoerbaarheid en werkbaarheid in de praktijk. Bij het in kaart brengen van de ingeschatte gevolgen voor de regeldruk worden deze naast in euro's ook uitgedrukt in tijdsbesteding (aantal potentiële zorguren) zodat inzichtelijk wordt hoe groot de werkelijke kosten zijn van in te voeren regels. Ook voor bestaande regels wordt dit de toetssteen om de proportionaliteit te beoordelen.

Nader uitgesplitst per partij betekent dit:

a. 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;
b. Branche- en beroepsverenigingen kijken kritisch naar de regeldruk die zij veroorzaken, bijvoorbeeld door richtlijnen of kwaliteitseisen, en beperken deze tot het strikt noodzakelijke minimum;
c. Branche- en beroepsverenigingen brengen bij hun achterban goede voorbeelden, behaalde resultaten en beschikbare ondersteuningsmogelijkheden onder de aandacht;
d. Toezichthouders kijken kritisch naar de regeldruk die samenhangt met- of als gevolg van- de uitvoering van hun toezichtstaken;
e. 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;
f. Werkgevers gaan aan de slag met de vermindering van regeldruk waarvan de oorsprong binnen de eigen organisatie ligt;
g. 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.

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. 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:

- Een cultuuromslag naar het 'durven loslaten' van externe en interne regels. Dit vraagt meer samenwerking tussen externe partijen en zorgbestuurders.
- 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.

4. Bevorderen aantrekkelijkheid werken in loondienst

Het belangrijkste aangrijpingsinstrument om zorgverleners in (vaste) loondienst te laten werken ligt in 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.[26] 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, groene 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:

a. Regionale werkgeversorganisaties, zorginkopers en VWS zetten actief in op regionaal werkgeverschap (flexibele schil in loondienst) en een moderner arbeidscontract dat werknemers meer mogelijkheden biedt om meer regie te voeren over vormgeving van werk en werktijden om zo het werken in loondienst aantrekkelijker te maken.
b. Werkgevers en zzp-brancheorganisaties zorgen voor verhoogde bewustwording over verantwoordelijkheden en de (financiële) gevolgen van het zzp-schap.
c. Brancheorganisaties stellen duidelijke kaders op over de inzet van zzp'ers en nemen daarmee een rol in het voorkomen van schijnzelfstandigheid. Brancheorganisaties vormen op grond van deze kaders een eerste essentiële functie in het handelen conform de wet DBA en het voorkomen van schijnzelfstandigheid door hun leden aan deze kaders te committeren.

[26] *Het praktijkhouderschap in de huisartsenzorg, persoonsgericht en dichtbij patiënten, moet aantrekkelijker gemaakt worden zodat de stap daarnaartoe meer en makkelijker wordt gezet. De maatregelen in het IZA moeten daartoe bijdragen. Daarbij is het belangrijk dat ook het waarnemerschap in zzp-vorm mogelijk is en een volwaardige manier om het huisartsenvak uit te oefenen. Zonder waarnemers is het onmogelijk om de huisartsenzorg toegankelijk te houden en het is voor huisartsen in hun carrière belangrijk om deze mogelijkheid te hebben.*

d. 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.
   - 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.
   - De governancecode zorg zal hierop worden aangepast.

e. Beroepsverenigingen vertalen de gemaakte afspraken over gelijke verdeling van verantwoordelijkheden, zoals de ANW-diensten, op passende wijze naar hun 'interne richtlijnen'.

f. VWS start een verkenning naar eventueel benodigde verankering van bovenstaande uitgangspunten in wet- en regelgeving. Daarbij wordt onder meer 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.

g. De acties onder c tot en met f houden verband met elkaar. Partijen overleggen periodiek met elkaar om de acties op elkaar af te stemmen.

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.

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 transformatieplannen zoals omschreven onder 'inzet transformatiemiddelen via zorgverzekeraars'.
De regionale werkgeversorganisaties zoals landelijke verenigd in Regioplus worden op de transformatieplannen aangesloten.

Uitgangspunten voor het plan

a. Tot en met 2025 wordt via een menukaart de implementatie van in de praktijk gebleken effectieve werkvormen en innovaties, bijvoorbeeld zoals gedefinieerd door het nog op te richten landelijk Kenniscentrum, en zolang dit nog niet actief is, wordt het ZN Kenniscentrum Digitale zorg/vliegwielcoalitie, gestimuleerd. De eerste versie van deze menukaart wordt eind 2022 opgeleverd zodat zorgaanbieders deze tijdig kunnen betrekken in de uitwerking van hun transformatieplannen. Vervolgens wordt de menukaart iedere ieder half jaar geüpdate door het nog op te richten landelijk kenniscentrum digitale zorg. De transformatiemiddelen via zorgverzekeraars worden ingezet om deze innovaties breed te kunnen uitrollen en implementeren.

b. Deze innovaties dienen vanaf 2025 te gaan renderen en tot een positieve business case te leiden, in de zin dat het bijdraagt aan het kunnen voldoen aan de zorgvraag en/of het vergroten van de professionele ruimte van professionals.

c. Er wordt door zorgaanbieders blijvend geïnvesteerd in het ontwikkelen en implementeren van nieuwe werkvormen waarbij de zorgprofessional altijd inspraak heeft en ruimte en tijd krijgt om transformaties van zorg te laten slagen.

d. Beroepsprofielen, opleidingsprofielen en functieprofielen worden voor 1 januari 2025 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.

e. 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.

f. Verzekeraars stellen een leidraad op ten behoeve van het organiseren van meer inhoudelijke 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. De contractering(svorm) en prijsstelling an sich is aan de individuele zorgverzekeraar en de zorgaanbieder(s).

g. Draagvlak en betrokkenheid van zorgprofessionals bij andere manieren van werken zijn randvoorwaardelijk.

h. Zorgopleidingen zorgen voor voldoende aandacht voor (sectoroverstijgende) innovatieve werkvormen en digitale vaardigheden en mogelijkheden voorkomen van zorg.

i. Er worden uiterlijk Q2 2023 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.

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:

a. 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.
b. 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.
c. 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 en samenleving. Specifiek voor de verpleegkundige vervolgopleidingen geldt dat VWS samen met de NZa, NFU, NVZ, V&VN 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.
d. Partijen spreken af dat er een kostendekkende vergoeding voor stagebegeleiding komt via de beschikbaarheidsbijdrage. Daartoe verkent VWS met de NZa de route waarlangs deze vergoeding uitgekeerd kan worden. Per 1-1-2024 is deze verkenning afgerond. De benodigde middelen hiervoor zullen via een kostprijsonderzoek worden vastgesteld en bij een positieve uitkomst van de verkenning uit het budgettair kader afgezonderd.
e. 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.

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 arbeidsmarktuitdagingen waar we met zijn allen voor staan. Het beschikbare budget voor arbeidsmarktbeleid zal daartoe 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. 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 voor de sector zorg en welzijn één financieel arrangement komt vanuit het programma TAZ, gericht op regionale samenwerking op de terreinen van leven lang ontwikkelen, innovatieve werkvormen en behoud. VWS betrekt 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 per jaar), stagefonds (€ 116 miljoen per jaar) en KIPZ-middelen (€ 209 miljoen per jaar) zullen in dit ene financiële arrangement opgaan, waarbij de middelen vanuit KIPZ beschikbaar zullen blijven voor de medische specialistische zorg en de overige middelen ten goede komen aan de rest van de sector. Toevoeging van de KIPZ-middelen vindt per 1-1-24 plaats.
Er vindt een verkenning plaats van een kostendekkende vergoeding voor stagebegeleiding via een beschikbaarheidsbijdrage. De overheveling van de middelen van het stagefonds hangt samen met de uitkomst van deze verkenning. Mocht deze verkenning uitwijzen dat een kostendekkende beschikbaarheidsbijdrage mogelijk is dan zal hiertoe worden overgegaan en zullen de Stagefonds middelen toegevoegd worden aan het financiële arrangement en primair voor de niet MSZ-sectoren beschikbaar komen.

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. Zie ook de passage over loon- en prijsbijstelling in onderdeel J contractering.

9. Gelijkmatig verdelen werkdruk en optimaal inzetten personeel in de ggz

Doel

Overal 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 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. De eventuele meerkosten als gevolg hiervan worden binnen het kader ggz opgevangen.
- Commitment van het veld om serieus werk te gaan maken van taakherschikking, in de zin van dat taken worden toevertrouwd breed in de organisatie op basis van competenties en bekwaamheid in plaats van enkel het opleidingsniveau.
- 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.
- Wat betreft het realiseren van de ANW diensten geldt het volgende:
    - Het goed kunnen bemensen met psychiaters van de acute dienst is een cruciale functie in de GGZ. De situatie per regio is verschillend.
    - De organisatie van de crisisdienst is conform de GMAP neergelegd en een verantwoordelijkheid van de kern ggz instelling in een regio.
    - Conform de GMAP (generieke module acute psychiatrie) zijn de aanbieders in een regio samen verantwoordelijk voor het organiseren van de uitvoering van de GMAP en neemt elke ketenpartij zijn rol en verantwoordelijkheid op zich zoals beschreven in de GMAP.
    - Het bureau Berenschot doet momenteel onderzoek naar mogelijkheden om de werkwijze te verbeteren ook in het licht van de schaarse beschikbaarheid van psychiaters.
    - We vragen de belastingdienst onderzoek te doen naar schijnzelfstandigheid van ZZP-ers; daarmee kan het zzpschap onder druk komen te staan.
    - Mede op basis van een onafhankelijk rapport zullen de NVvP en dNLggz via de kerninstellingen in de regio ervoor zorgen dat er duidelijke afspraken worden gemaakt die passen bij de regionale situatie. Deze afspraken leiden ertoe dat de groep psychiaters die in de betreffende regio werkzaam is zodanig kan worden ingezet dat de continuïteit van de ANW diensten te allen tijde is geborgd. Voor zover noodzakelijk worden ook de andere relevante beroepsbeoefenaren in dit proces betrokken.
    - In aanvulling hierop spreken partijen af dat, in geval er in een regio een langdurige onderbezetting bestaat in de bezetting van de ANW diensten er onverwijld gezocht wordt naar een oplossing. De kerninstelling (GMAP aanbieder) zal alle beschikbare psychiaters in de desbetreffende regio bij elkaar brengen en een beroep op hen doen om het knelpunt in de bezetting op te lossen.
    - Hierbij wordt gebruik gemaakt voor de beschikbaarheid en verspreiding van regionale oplossingen en werkwijzen, zodat iedere regio binnen de brede IZA-afspraken m.b.t. ANW-diensten, passende maatregelen kan nemen gebaseerd op best practices.
    - De regionale maatregelen kunnen ook landelijk aanpassingen vragen (bijvoorbeeld CAO, regelgeving bezoldiging crisisdienst), indien dit het geval is zal dit tussen betrokken partijen besproken moeten worden. Natuurlijk rekening moet daarbij rekening worden gehouden met de afspraken in de cao en de situatie van zzp-ers en zgp-ers.
- 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. Daarnaast verkent de NZa op korte termijn of tarieven voor inhuur van zzp'ers vastgesteld kunnen worden en zo ja, op het niveau van de prestaties van onderlinge dienstverlening. Als onderlinge afspraken niet lukt zullen wettelijke verankering of andere mogelijkheden 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.
- Om de doelstellingen voor de GGZ genoemd in dit akkoord te kunnen realiseren is het noodzakelijk dat we beschikken over een zo breed mogelijk palet aan werknemers. Dit geldt voor de gecontracteerde instellingen met ook klinische voorzieningen.
- Verzekeraars, dNLggz de NZA beoordelen op basis van de weging van de onderzochte knelpunten, of en op welke wijze verbreding van het bestaande arbeidspotentieel kan worden vormgegeven. Hierin wordt meegenomen het in balans houden van voldoende capaciteit in het sociaal domein alsmede benodigde capaciteit in de GGZ. De inzet van deze medewerkers kan alleen plaatsvinden binnen multi-disciplinaire teams onder leiding van de regiebehandelaar om de kwaliteit voldoende te borgen.
- Hierbij zal er o.a. worden gekeken naar mogelijkheden in de beroepentabel en/of de contractering in combinatie met daarna verantwoording via horizontaal toezicht/gepast gebruik. Voor ervaringsdeskundigen niveau 3 en 4 wordt gekeken of dit versneld kan plaatsvinden op basis van bestaande beroepsprofielen.

Monitoring
De effecten van de inzet op dit thema wordt gemeten via een aantal indicatoren. Hierbij geldt dat er geen één op één relatie te leggen is tussen een afzonderlijke afspraak en de uitkomst van een indicator. De ontwikkeling van deze set aan 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 uitstroompercentage uit de sector zorg en welzijn exclusief pensionering.
2. Ontwikkeling van het aandeel zzp'ers werkzaam in zorg en welzijn.
3. Ziekteverzuim.
4. Vacaturegraad.
5. Werktevredenheid.
6. Deeltijdfactor.
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.

Naast de monitoring via de bovengenoemde indicatoren zal ook afspraak 8 (het volledig door vertalen van de ova in de tarieven) worden gemonitord.



Onderdeel I. Digitalisering en gegevensuitwisseling

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. In de uitwerking van het Integraal Zorgakkoord maken partijen een prioritering in urgentie, tijdsplanning en passend bij de beschikbare middelen, waaronder de incidentele middelen die het coalitieakkoord beschikbaar stelt.

Gegevensuitwisseling[27] draagt bij aan goede en veilige zorg voor de patiënt/cliënt en is een essentiële randvoorwaarde om andere doelen uit het IZA en het programma WOZO 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, minder fouten bij de overdracht en draagt bij aan secundair gebruik. Dit levert op termijn een besparing in de zorguitgaven op.

Passende zorg betekent steeds vaker hybride zorg. In dit akkoord verstaan we onder 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 (Green Deal Duurzame Zorg).

1. 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 de standaard in de zorg.**
   a. Om continuïteit van zorg aan de patiënt te kunnen borgen of te kunnen starten zijn in 2025 alle 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.
   b. De kerngegevens betreffen 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.
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 geschikte zorg komt 70% digitaal of hybride beschikbaar. Van alle zorg die hybride wordt aangeboden, streven we naar een inclusie van c.q. het gebruik door minimaal 50% van de patiëntenpopulatie waarvoor de hybride zorgpaden geschikt zijn. Hiertoe worden sectorale afspraken gemaakt.
   d. Veldpartijen zorgen dat de hybride zorg toegankelijk is voor mensen en bevorderen inclusiviteit van deze zorg. Overheidspartijen faciliteren deze ontwikkeling.
4. **Data wordt digitaal, eenduidig en gestandaardiseerd geregistreerd in het zorgproces en beschikbaar gesteld voor diverse secundaire doelen[28].**

[27] *In het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg is 'uitwisselen' gedefinieerd als 'delen of benaderen' van gegevens.*

[28] *Niet in het primaire 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 de breedste zin van het woord (waaronder AI-toepassingen).*

a. Uitgangspunt is dat administratieve lasten in het operationele proces laag worden gehouden en op onderdelen zelfs verlaagd kunnen worden.
b. Om hergebruik voor secundaire doelen van gegevens te ondersteunen, worden bestaande knelpunten waar mogelijk weggenomen, met behoud van bescherming van de data van de burger en de zeggenschap daarover en rekenend houdend met proportionaliteit en doelbinding.

2. Afspraken

1. Elektronische gegevensuitwisseling is 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.

A. Regie op gegevensuitwisseling via een landelijk dekkend netwerk van ICT-infrastructuren en -systemen

a. 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 partijen[29] buiten het Informatieberaad Zorg worden actief betrokken.
b. Deze visie en strategie moet leiden tot databeschikbaarheid en eenheid van taal en techniek, middels landelijk interoperabel ict-infrastructuurnetwerken, 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.
c. **In 2023** wordt gestart met de opzet van een landelijke organisatie[30] 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.
d. 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 nodig gesteund door de landelijke organisatie. Onderdeel van deze vraagarticulatie is zorgen voor een gebruikersvriendelijk systeem dat het zorgproces ondersteunt.
e. 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.
f. 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.

B. Standaardisatie

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 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.

a. Gegevens worden eenmalig geregistreerd en sectoroverstijgend meervoudig gebruikt om administratieve lasten te verminderen. Dit vereist een verandering in de werkprocessen van zorgprofessionals en ondersteunende systemen.
b. 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.
c. 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.
d. Het Informatieberaad Zorg laat in 2023 in kaart brengen 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.

VWS:

e. 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.
f. Per prioritaire gegevensuitwisseling op de Meerjarenagenda Wegiz laat VWS de implementatiekosten in beeld brengen

[29] *Zoals en niet beperkt tot ict-leveranciers, Health-RI, het programma uitkomstgerichte zorg en gebruikersverenigingen.*

[30] *In lijn met een 'nationaal agentschap' conform het OESO-rapport (2022): Naar een geïntegreerd Gezondheidsinformatiesysteem in Nederland.*

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.

g. De gegevensuitwisselingen medicatie- en toediengegevens; laboratoriumgegevens bijvoorbeeld voor medicatie; en contra-indicatie en overgevoeligheden worden door VWS prioritair gemaakt[31].
h. Een selectie van de gegevensuitwisselingen uit de Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute zorg wordt door VWS **in 2023** aan de Meerjarenagenda Wegiz toegevoegd en tevens prioritair gemaakt indien aan alle vereiste voorwaarden is voldaan.
i. VWS onderzoekt op welke wijze de Wegiz kan bijdragen aan doelstelling 1, in het bijzonder voor de benodigde gegevensuitwisselingen voor de in doelstelling 1a en 1b benoemde kerngegevens.

Het veld:

j. Werkt aan het sectoroverstijgend bruikbaar maken en het ZIB-compliant implementeren van de overeengekomen kerngegevens.
k. Om interoperabiliteit te bereiken moeten alle zorgaanbieders en leveranciers in 2025 minimaal de informatie in de onder de doelstelling 1 benoemde kerngegevens kunnen uitwisselen, waarbij uitwisseling van ZIBs via de FHIR-standaard plaatsvindt.
l. 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.
m. 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'.

C. 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.

a. VWS neemt regie op de realisatie van de invulling van deze generieke functies en doet dit door:
   - 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.
   - Aan de hand van het afwegingskader per functie te bepalen of en in welke mate een wettelijke verplichting mogelijk en uitvoerbaar is.
   - 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.

b. 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[32]) en implementeren deze uiterlijk 2025 met hun leveranciers ter ondersteuning van hun zorgprocessen. Over de implementatietermijnen worden sectorale afspraken gemaakt, rekening houdend met de lopende landelijke programma's.
c. 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.
d. Uiterlijk in de eerste helft van 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.

D. Toestemming voor het delen van gegevens en privacy

a. VWS bereidt een wetsaanpassing voor waardoor het mogelijk wordt om voor de acute zorg gegevens zonder toestemming beschikbaar te stellen via 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.
b. Complete en goede elektronische overdracht van medicatiegegevens kan menselijk leed door vermijdbare medicatiefouten en ziekenhuisopnamen voorkomen. Partijen in het IZA spannen zich maximaal in om het delen van medicatiegegevens, conform de doelen van het programma medicatie-overdracht, voor 2025 te verbeteren.
c. Mede daarom levert VWS begin 2023 een beleidsvisie op inzake de herijking van de grondslagen en voorwaarden die met het oog op gegevensbescherming worden gesteld aan gegevensuitwisseling in de zorg. Dit is inclusief de opties om de toestemming voor het delen van medicatiegegevens te vergemakkelijken, waaronder een opt-out.
d. In 2024 is het faxgebruik van de zorginstellingen met 90% gereduceerd en in 2025 kan volledig afscheid worden

[31] *De huidige geprioriteerde gegevensuitwisselingen zijn Beeldуitwisseling, Basisgegevensset Zorg, E-overdracht en digitaal receptenverkeer.*

[32] *En voor Nuts kan gaan gelden.*

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.

e. Om de informatiebeveiliging verder te verbeteren neemt VWS het initiatief om **voor 2025**:
   - Zorgaanbieders te ondersteunen bij de naleving van NEN7510 door implementatietools beschikbaar te maken.
   - 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.

f. VWS ondersteunt zorgaanbieders die binnen het bereik van de NIB2-richtlijn[33] vallen bij het implementeren, maakt hier financiële middelen voor beschikbaar en zal in samenspraak met het veld bijvoorbeeld actieplannen, implementatietools of kennisproducten ontwikkelen.

g. 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.

a. VWS ondersteunt de sectorale aansluiting op PGO's en faciliteert de komende jaren de communicatie over PGO's aan zowel patiënten als zorgverleners.

b. 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.

c. VWS bereidt aanpassing van wet- en regelgeving voor 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.

d. 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 onder meer duidelijk wordt hoe PGO's en portalen zo goed mogelijk op elkaar aansluiten.

e. 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.

f. 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.

g. VWS brengt in 2022 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

a. Partijen creëren een gelijkwaardige informatiepositie die een doelmatige inzet van zorg en schaars beschikbaar personeel bevordert, met behoud van kwaliteit.

b. 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 het verminderen van beperkte gezondheidsvaardigheden.

c. 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, zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars).

d. 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[34] en brengen die onder een nog samen vorm te geven inclusieve governance structuur.

e. Zorgaanbieders gebruiken bewezen telebegeleiding als vorm van hybride zorg, die de eigen regie van patiënten en/of de kwaliteit van leven verhoogt. En onnodige fysieke bezoeken en/of opnames voorkomt in lijn met de doelstelling.

---

[33] *De Europese Netwerk- en Informatiebeveiliging richtlijn (NIB2) wijst zestien sectoren aan met essentiële en belangrijke entiteiten.*

[34] *Zoals de Vliegwielcoalitie.*

f. Teneinde goede kwaliteit en efficiënte inzet van zorgprofessionals te realiseren maken zorgaanbieders in overleg met zorgprofessionals met zorgverzekeraars afspraken over het werken met (medische/verpleegkundige) servicecentra voor het leveren van (sectoroverstijgende) digitale zorg en diensten. Hierbij kunnen zorgverleners en patiënten inbreng leveren op zorginhoudelijke aspecten. Patiënten en hun vertegenwoordigers, zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en andere partijen, identificeren de goede voorbeelden van hybride zorg en werken gezamenlijk mee aan de adoptie van deze zorg.
g. Partijen ontwikkelen en gebruiken vanaf 2023 een gezamenlijke ondersteuningsstructuur aanvullend op het zorgtransformatiemodel (VWS, systeem- en veldpartijen).
   - 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.
   - 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.
   - Vanaf 2023 maken VWS, systeem- en veldpartijen jaarlijkse afspraken over transformatie van zorgprocessen die daarvoor geschikt zijn waarbij hybride zorg het uitgangspunt is.
   - De ondersteuningsstructuur zorgt voor het oplossen van systeemknelpunten, zoals aangedragen door het kenniscentrum digitale zorg.
   - 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.

A. Bekostiging/financiering van hybride zorg

a. Het leveren van hybride zorg vraagt (voor)investeringen en daarnaast een passende financieringssystematiek doorvertaald in de contracten met zorgaanbieders, waarbij de prikkels gericht zijn op een zo efficiënt mogelijke zorgverlening.
b. **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.
c. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten maken uiterlijk in 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.
d. 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.
e. Partijen zorgen voor passende financiering van evaluatie van passende hybride zorg.

B. Hybride zorg en richtlijnen/kwaliteitsstandaarden

a. Wetenschappelijke en beroepsverenigingen 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.
b. **Vanaf 2025** wordt de te ontwikkelen module digitale en hybride zorg, mits gedragen door partijen, gehanteerd door beroepsverenigingen bij herziening van bestaande, of ontwikkeling van nieuwe, richtlijnen en kwaliteitsstandaarden.

C. Digitale en veranderkundige vaardigheden

a. 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.
b. 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. Het verhogen van de digitale vaardigheden kan gefinancierd worden uit de algemene transitiemiddelen.
c. 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

a. 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.
    - VWS borgt hierbij de aansluiting op de primaire gegevensuitwisselingstrajecten, door dit expliciet bij de nog in te stellen landelijke organisatie te beleggen.
    - 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.
    - Zorgverzekeraars en -aanbieders stellen gegevens beschikbaar voor hergebruik door gelegitimeerde[35] gebruikers die op hun beurt de conclusies geaggregeerd beschikbaar stellen.
    - 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.
b. Voor hergebruik voor secundaire doeleinden geldt het uitgangspunt dat administratieve lasten in het operationele proces laag worden gehouden.
    - Er worden vooraf afspraken gemaakt om data te registreren op een effectieve en efficiënte manier ter voorkoming van extra / losse registraties.
    - 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. Partijen zullen daarvoor nadere financiering afspreken.
c. 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.
    - 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.
    - 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.
    - Kennis en bewustzijn over de waarde van gezondheidsdata en het delen ervan voor secundaire doeleinden 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.

[35] *Gebruikers die voldoen aan alle internationale en nationale wettelijke verplichtingen.*

Onderdeel J.
Contractering

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

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 krijgen hun uiteindelijke vorm in de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Landelijke afspraken over de maximaal beschikbare financiële ruimte laten onverlet dat contractering tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder erg belangrijk is in het streven naar passende zorg. 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 contracterende partijen actief inzetten op kwaliteit, toegankelijkheid door beperken volumegroei, arbeidsbesparende maatregelen en passende zorg conform de doelstellingen van 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 juist lager. Met zorgaanbieders die zich aan contractering onttrekken kunnen dergelijke afspraken niet worden gemaakt.

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 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 en blijft het uitgangspunt binnen ons zorgstelsel. 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 erop 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

Een adequaat contracteerproces is een belangrijke voorwaarde voor goede afspraken over de transitie naar passende zorg. Het moet voor zowel zorgverzekeraars en zorgaanbieders de voorkeursoptie zijn om een contract met elkaar af te sluiten. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zetten zich daarom in op een continue verbetering van het contracteerproces. Zij zullen daarvoor de volgende verbeteringen doorvoeren:

- Voor verzekerden is het van belang dat zij tijdig weten of aanbieders gecontracteerd zijn of niet. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zetten zich gezamenlijk in om het inkoopproces jaarlijks vóór 12 november af te ronden en om meer inzicht te geven in de kwaliteit van de geleverde zorg.
- Zorgverzekeraars maken jaarlijks voor 12 november transparant met wie zij een contract hebben afgesloten.

- Zorgaanbieders maken jaarlijks voor 12 november transparant met welke zorgverzekeraars zij voor welke polissen een contract hebben. In IZA-verband wordt het initiatief genomen om dit tot stand te brengen.
- IZA-partijen organiseren samen een voorlichtingsprogramma dat er op gericht is verzekerden voor te lichten over de financiële risico's van niet-gecontracteerde zorg. In de voorlichting wordt gefocust op situaties en locaties waar dit risico zich vooral voor kan doen, zoals bij verwijzers en tijdens het overstapseizoen.
- 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), ook voor kleinere zorgaanbieders. Hiertoe werken zij aan een verbeterplan dat zij in het tweede kwartaal van 2023 opleveren. Ook binnen het Programma Regeldruk zijn hierover afspraken gemaakt. Onderzocht wordt of wijkverpleging hierbij als prioriteit kan gelden.
- Daarnaast zijn zorgverzekeraars transparant over hun inkoopbeleid (waaronder de bereikbaarheid voor interactie over de inkoopprocessen) 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.
- Het Ministerie van VWS levert daarom in het tweede kwartaal van 2023, in samenspraak met zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar ook in overleg met ACM en NZa, een verkenning op welke mogelijkheden en noodzaak er momenteel zijn voor kleinere aanbieders (bijvoorbeeld wijkzorg, ggz, klinieken en huisartsen) om gezamenlijk op te trekken in het contracteerproces en hoe dit kan worden vereenvoudigd.

2. Contractering en wijkverpleging

Zorgverzekeraars bevestigen dat er geïnvesteerd moet worden in de wijkverpleging, ook om de doelstellingen van het IZA haalbaar te maken. Daarmee willen we ook het werken in de wijkverpleging aantrekkelijker maken.
De inzet op doelmatigheid in de wijkverpleging heeft geleid tot een stijging van het aantal cliënten waaraan zorg is geleverd, de wijkverpleging zorgt er daarmee voor dat steeds meer mensen verantwoord thuis kunnen blijven tegen relatief lage kosten. Echter is de sector inmiddels kwetsbaar, mede door het grote personeelstekort wat potentieel alleen maar groter wordt.
Alle partijen moeten daarom investeren in de wijkverpleging. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en professionals gaan samenwerken aan het versterkingsprogramma Passende Wijkverpleging en zetten hierbij gezamenlijk in op verplaatsing van zorg, het zichtbaar slim organiseren van zorg en sociaal domein, professionele meetbare kwaliteit en arbeidsbesparende maatregelen.

Samenwerking en focus op passende zorg stellen andere eisen aan de wijkverpleging. Dat kan alleen als daar in de contractering voldoende ruimte, middelen en randvoorwaarden voor zijn. Zorgverzekeraars gaan daar samen met de zorgaanbieders die dat willen en kunnen op in zetten en hen in deze beweging ondersteunen in de contractering. Waar nodig kunnen ook de transformatiegelden daartoe worden ingezet. Alleen zo kan de wijkverpleging haar essentiële rol in de enorme opgave in de zorg voor thuiswonende ouderen en chronisch zieken vervullen en de beweging van tweede- naar eerstelijnszorg en van eerstelijnszorg naar zelfzorg en sociaal domein goed vormgeven.
De huidige personeelstekorten vragen om bredere maatschappelijke discussie over welke ondersteuning thuis mogelijk is, om toegang tot noodzakelijke zorg voor iedereen in Nederland beschikbaar te houden. Partijen spreken af bovenstaande punten nader uit te werken in een gezamenlijke werkagenda via een door externe partij begeleid proces. De agenda kent de hieronder genoemde onderwerpen die we gezamenlijk gaan uitwerken. Daarbij zullen we maximaal gebruik maken van lopende initiatieven en al bestaande rapporten. Doelstelling is om deze zaken voortvarend op te pakken zodat tijdens de midtermreview op onderstaande punten significante voortgang zichtbaar is.

De volgende onderwerpen maken in ieder geval deel uit van de werkagenda:
- Inzetten op passende zorg (zelf als het kan, digitaal als het kan, doen wat nodig is, verplaatsen van zorg).
- Werkplezier in de wijkverpleging vergroten door aantrekkelijk maken van het vak (goed werkgeverschap, tijd voor nascholing en intercollegiale toetsing).
- Ontwikkeling van een systematiek en / of model om tot objectivering en onderbouwing van de kosten in de wijkverpleging te komen ter ondersteuning van de individuele contractering.
- Andere financiering voor het opleiden van BBL'ers / zij-instromers (zie concept Berenschot rapport).
- Aanpakken van de regeldruk.
- Arbeidsbesparend werken stimuleren (goede voorbeelden delen, opschalen en versnellen).
- Samenwerking en coördinatie in de wijk stimuleren (onplanbare nachtzorg en herkenbaar en aanspreekbaar team conform eerdere afspraken).
- Meer aandacht voor preventie, ziekenhuis-verplaatste zorg, positieve gezondheid, re-ablement: meer tijd voor meer cliënten in de wijk.

3. 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 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.

- Criteria voor impactvolle transformaties: Een transformatie wordt aangemerkt als impactvol als er sprake is van een substantiële impact op:
  a. het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet
  b. inzet van personeel
  c. regionale herverdelingsvraagstukken (profielkeuzes) en/of
  d. omvang van het zorgvastgoed, waarbij impact een relatief begrip is en in relatie staat tot de omvang van de zorgaanbieder

Een impactvolle transformatie kan ook een totaalafspraak betreffen over een pakket van verschillende kleinere initiatieven en zorginnovaties, mits dit maar voldoende bijdraagt aan 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.

- Transformatieplannen: Voor een impactvolle transformatie wordt altijd een specifiek transformatieplan opgesteld; op de juiste schaal (individueel, 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 er al zijn, en houden rekening met andere partijen die door de desbetreffende zorgtransformatie worden geraakt.
  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).
- Gelijkgerichtheid: De IZA-partijen spreken af om verdergaande stappen te zetten om gelijkgerichtheid te creëren bij impactvolle transformaties, om de meeste impact te maken en hun gezamenlijke implementatiekracht daarop 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 ze daar tijdens het transformatieproces proactief op sturen. Deze verdergaande gelijkgerichtheid geldt niet voor overige 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.
- 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. VWS gaat in gesprek met de ACM en NZa om de ingezette beweging met het IZA zoveel mogelijk ruimte te geven binnen de wettelijke kaders. Zorgpartijen kunnen afhankelijk van hun eigen inschatting van de situatie ervoor kiezen om de procedureregels van de beleidsregel JZOJP [36] te volgen en/of een reguliere self-assessment uit te voeren.
- Beoordeling transformatieplannen: Transformatieplannen voor impactvolle transformaties voldoen aan de onderstaande voorwaarden:
  1. Er is sprake van een gedeelde urgentie bij de benodigde partijen (waaronder vaak de huisartsen);
  2. Er is een positieve (maatschappelijke) businesscase waaruit blijkt op welke wijze de inspanningen gaan

[36] *ACM Beleidsregel over afspraken in het kader van de beweging "De juiste zorg op de juiste plek" (2019).*

bijdragen aan passende zorg voor de in het IZA genoemde doelgroepen en resultaten;
3. 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.
4. 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 bezien in een bredere context, waaronder regionale en landelijke afspraken.
5. 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;
6. De in het transformatieplan geformuleerde resultaten voor de transformatie worden binnen vijf jaar behaald.
7. Het transformatieplan is 'mededingingsproof' [37].

- Beoordelingsproces van impactvolle transformaties:
  Het opstellen van een transformatieplan voor impactvolle transformaties en de beoordeling daarvan dient een eenvoudig proces te zijn zonder onnodige administratieve lasten. Als een transformatie niet voldoet aan het criterium impactvol, dan is het aan de individuele zorgverzekeraars om het plan te beoordelen en daar in de lokale gesprekken afspraken over te maken zorgaanbieder.
  - De beoordeling van transformatieplannen gebeurt aan de hand van een uniform "Beoordelingskader impactvolle zorgtransformaties" met bovengenoemde randvoorwaarden als basis. 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, Zorgverzekeraars Nederland en de andere overheidspartijen, coördineren het opstellen van het beoordelingskader.
  - De partijen die een transformatieplan opstellen, 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, informeren de marktleider zorgverzekeraars de andere zorgverzekeraars actief en transparant dat het een 'impactvolle' transformatie betreft. 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.
  - 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 èn een grote kans van slagen hebben.
  - In bovengenoemd proces kunnen de grootste twee zorgverzekeraars namens de andere zorgverzekeraars beslissingen nemen over het impactvolle transformatieplan. Daarmee kan er sprake zijn van verminderde concurrentiekrachten. Extra aandacht voor de bescherming van de belangen van patiënten en burgers te borgen is daarom op zijn plaats. VWS werkt hiervoor met de NZa, andere overheidspartijen, patiëntenorganisaties en ZN aan het verstevigen van een toetsing op de borging van de publieke belangen wanneer besluiten volgens bovengenoemd proces genomen worden. De wijze waarop dit wordt vormgegeven (invulling van rollen, verantwoordelijkheden en te hanteren criteria) wordt gezamenlijk nog uitgewerkt. Uitgangspunt bij die toetsing is dat deze zo min mogelijk vertraging oplevert bij maatschappelijk wenselijke plannen en zoveel mogelijk aansluit bij de bestaande toezichtspraktijk.
- Eventuele toetsing op publieke belangen: Het is daarbij nadrukkelijk niet de bedoeling dat er na de beoordeling van het transformatieplan door de zorgverzekeraars, nogmaals een toetsing plaatsvindt of het ingediende plan wel kwalificeert als een impactvolle transformatie. Die beoordeling door de zorgverzekeraars wordt dus niet overgedaan.
  De NZa kan indien nodig en in samenwerking met genoemde partijen toetsen op de publieke belangen. Deze toetsing, die achteraf plaats kan vinden, heeft enkel als doel een uiterste noodremprocedure te zijn in het geval dat er twijfel is over voldoende borging van de publieke belangen.
- Monitoring en bijstelling: De twee marktleider zorgverzekeraars monitoren samen met de betrokken aanbieder(s) 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.

[37] *Dat de voordelen opwegen tegen de nadelen, dat de voordelen niet met minder concurrentiebeperkende maatregelen behaald kunnen worden, dat de concurrentiebeperkende elementen noodzakelijk zijn en dat de afspraken niet langer gelden dan stikt noodzakelijk voor de te behalen voordelen.*

- 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 in kaart gebracht door de NZa. Dit gebeurt ieder kwartaal, en de resultaten worden besproken in het bestuurlijke IZA-kwartaaloverleg. 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 transformatiemiddelen (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. Als uit de monitor blijkt dat de transformatieplannen onvoldoende tot stand komen, zal dit in het periodieke bestuurlijke overleg worden besproken.

4. 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 de inleiding 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 impactvolle transformaties. Ook zorgaanbieders zetten een stap; door zich te committeren aan de impactvolle transformaties en hierop aanspreekbaar te zijn in de contractering.
c. Zoals in paragraaf 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 verhogen van de toegankelijkheid van het contracteerproces, het verminderen van administratieve lasten, transparantie over inkoopbeleid, gelijkgerichtheid en de wenselijkheid en mogelijkheid van meerjarenafspraken.
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 over contractering te spreken. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties maken samen proactief informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod beschikbaar. 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 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 andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich niet onttrekken aan de transformatie naar passende zorg.
f. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars middels de contractering zorgaanbieders stimuleren en waar nodig 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 waarmee zorgverzekeraars beter kunnen sturen op de contractering. De volgende twee maatregelen worden daarvoor uitgewerkt, welke in onderlinge samenhang worden bezien:
   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 en VWS 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. 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. Huisartsenzorg zal worden uitgezonderd van deze maatregel, zodat iedere verzekerde altijd zijn eigen huisarts zal kunnen kiezen. Ook geldt een uitzondering voor als hoogcomplex benoemde derdelijnszorg die geleverd wordt in Universitair Medisch Centra. Bij de verlaging van de vergoeding zal het zogenaamde 'hinderpaalcriterium' in acht worden genomen. De vergoeding mag ingevolge artikel 13 Zvw niet zo laag zijn dat het voor verzekerden met een naturapolis een feitelijke hinderpaal vormt gebruik te maken van niet-gecontacteerde zorgaanbieders. Dat neemt niet weg dat, met inachtneming van het hinderpaalcriterium, de vergoeding zodanig wordt verlaagd dat deze een stimulans is voor verzekerden met een naturapolis om gebruik te maken van gecontracteerde zorg en voor zorgaanbieders om contracten aan te gaan met zorgverzekeraars voor de verlening van zorg.

h. Voor alle twee 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. De zorgplicht van de zorgverzekeraar brengt met zich mee dat deze voldoende zorg dient te contracteren voor zijn verzekerden met een naturapolis, waardoor deze verzekerden altijd verzekerd zijn van een adequate vergoeding voor zorg waar zij op aangewezen zijn. IZA-partijen spreken af dat ook nieuwe behandelingen van als hoogcomplex benoemde derdelijnszorg (op basis van een nader vast te stellen limitatieve lijst) altijd worden 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 in de contracten.

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 te treffen.

k. Voor andere elementen die randvoorwaardelijk zijn voor meer sturing door zorgverzekeraars op passende zorg: zie onderdeel A.

5. Doorvertaling loon- en prijsbijstelling

VWS indexeert de macrokaders jaarlijks op basis van ramingen van het Centraal Planbureau (CPB). Om werkgevers in staat te stellen marktconforme arbeidsvoorwaardenontwikkeling binnen cao's af te spreken, spreken partijen af dat zorgverzekeraars de OVA (overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling) volledig - en zonder korting – doorvertalen in de prijzen en contracten. Generieke doelmatigheidskortingen op deze middelen zijn daarbij niet aan de orde. Ook voor de gereguleerde

segmenten zijn deze afspraken van toepassing. De NZa werkt de technische uitwerking daarvan uit.

In de lokale onderhandelingen vormt de prijsontwikkeling (op basis van de CPB-ramingen) het vertrekpunt in samenhang met aspecten als productiviteits- en doelmatigheidswinst, effecten van passende zorg, volumeontwikkeling, historische prijsverschillen, specifieke lokale omstandigheden en de mogelijkheden om hier gezamenlijk verbetering op te boeken.

Partijen motiveren naar elkaar hun voorstellen en maken inzichtelijk hoe elementen als doelmatigheidsverbeteringen, opslagen of in het IZA gecommitteerde volumeontwikkelingen worden gehanteerd.

Partijen verkennen hoe de indexatie die van toepassing is op het kader identiek wordt toegepast in de NZa-tarieven van het A-segment. In deze verkenning wordt betrokken hoe deze indexering zich verhoudt tot het tijdstip van bekendmaking van de tarieven.

Onderdeel K.
Financiën

1. Algemene uitgangspunten

a. Het totale macrokader voor de Zvw is € 54,8 miljard in 2022 (bruto), inclusief loon- en prijsbijstelling 2022. De maatregelen uit het coalitieakkoord leiden per saldo tot een jaarlijkse ruimte voor volumegroei 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, MDZ, ELV, GRZ en GZSP. Tezamen ca. 70% van de Zvw-uitgaven in 2022.
d. Centrale uitgangspunten bij de financiële afspraken zijn:
    1. 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 (wijkverpleging, huisartsenzorg, MDZ, ELV, GRZ en GZSP).
    2. 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.
    3. Aanvullend zijn bij het coalitieakkoord aparte enveloppen beschikbaar gesteld, waaronder voor standaardisatie gegevensuitwisseling (€ 1 miljard in periode 2023-2026).

2. Financiële afspraken

Financiële kaders

In paragraaf 6 van dit onderdeel 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:

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:
    1. MSZ: opwaarts bijstellen kader met € 200 miljoen.
    2. GGZ: opwaarts bijstellen kader met € 180 miljoen.
    3. Wijkverpleging: neerwaarts bijstellen kader met € 600 miljoen.
    4. Huisartsenzorg: neerwaarts bijstellen kader met € 80 miljoen.
    5. 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 en laat onverlet keuzes die worden gemaakt in de onderhandelingen tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarbij sprake kan zijn van differentiatie.
Voor de sector ELV/GRZ/GZSP zijn geen groeipercentages afgesproken, maar hebben partijen uitgesproken dat het wenselijk is dat ook in deze sector een ruime groei mogelijk is. De groeiruimte voor deze sector wordt jaarlijks eenzijdig door VWS bepaald (voor 2023 gaat het om circa 3%).

c. De beschikbare macrokaders per sector, exclusief indexatie voor loon- en prijsontwikkeling in de komende jaren, zijn daarmee als volgt (bedragen x € 1 miljoen)[38]:

Bedragen x € 1 miljoen, prijspeil 2022	2023	2024	2025	2026
MSZ	26.201	26.468	26.578	26.579
GGZ	4.620	4.658	4.655	4.674
Wijkverpleging	3.802	3.870	3.973	4.100
Huisartsenzorg	3.689	3.776	3.890	4.026
MDZ	759	782	813	853
Totaal (Macrokader IZA)	**39.071**	**39.553**	**39.909**	**40.232**

Deze beschikbare kaders zijn exclusief eventuele toekomstige technische mutaties. De komende jaren kan er sprake zijn van mutaties als gevolg van wijzigingen in aanspraken en bekostiging die niet van invloed zijn op de afspraken uit een IZA, maar wel kunnen leiden tot aanpassing van de meerjarenreeks.

d. Voor de partijen die deelnemen aan het IZA zijn in aanvulling op de beschikbare kaders investeringsmiddelen en transformatiemiddelen beschikbaar. Bij de

[38] *Pandemische paraatheid is geen onderdeel van de genoemde kaders. Uitzondering hierop is de opschaling tot 1150 IC bedden, deze is onderdeel van het kader MSZ (zie onderdeel 4a in deze bijlage).*

transformatiemiddelen gaat het om in totaal € 2,8 miljard[39] waarover de volgende afspraken zijn gemaakt:

1. 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, wijkverpleging € 140 miljoen, huisartsenzorg en MDZ € 160 miljoen. Vanuit de transformatiemiddelen MSZ is in de periode 2023-2026 € 100 miljoen beschikbaar voor de programma's Topzorg en Citrien en Doelmatigheidsonderzoek. Tevens is in totaal € 4,4 miljoen aan tijdelijke middelen beschikbaar uit transformatiemiddelen MSZ-specifieke deel voor vervolgontwikkeling msz vervolgopleiding (€ 1,1 miljoen per jaar).
2. De resterende transformatiemiddelen (€ 1,4 miljard) zijn beschikbaar voor alle partijen, voor plannen die bijdragen aan de doelstellingen van het IZA. Van dit deel is in totaal € 40 miljoen geoormerkt beschikbaar voor de sector ELV/GRZ/GZSP. Onder alle partijen horen ook partijen uit het sociaal domein voor zover die onderdeel uitmaken van IZA-transformatieplannen. Tevens is uit dit deel van de transformatiemiddelen in totaal maximaal € 48 miljoen beschikbaar voor het onderzoeksprogramma V&V met focus op passende zorg, arbeidsbesparende interventies, technologie en behoud van zorgprofessionals, alsmede voor het ontwikkelen van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden door V&VN i.s.m. relevante partijen voor alle Zvw-sectoren.

e. Alle afspraken die in het kader van IZA worden gemaakt dienen te passen binnen de in het IZA beschreven financiële middelen. Dit betreft zowel zorguitgaven als coalitieakkoord-enveloppen.

3. Macrobeheersing en omgang met overschrijdingen

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 bezien 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 onderdeel K, 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 via inzet van het macrobeheersinstrument.

4. Sectorspecifieke afspraken

1. MSZ

a. *Meerjarige bijstelling kader*
Op basis van actuele inzichten over het uitgavenniveau in recente jaren wordt het kader MSZ structureel verhoogd met € 200 miljoen. Van deze € 200 miljoen is € 35 miljoen bedoeld om eventuele meerkosten van ic-opschaling tot 1150 bedden te bekostigen.

b. *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 hebben partijen een samenhangend pakket aan maatregelen afgesproken in onderdeel A paragraaf 8. Betrokken partijen hebben de ambitie om in de looptijd van het IZA resultaten te boeken op het verbeteren van het pakketbeheer en de beheerste instroom van dure geneesmiddelen. Daarnaast wordt vanuit de transformatiemiddelen, geïnvesteerd in 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, zal VWS de mbi-afrekening van dat jaar corrigeren voor 50% over het deel boven de 5%.
- In alle jaren geldt dat over een eventuele resterende overschrijding reguliere mbi-besluitvorming plaatsvindt op basis van de afspraken in paragraaf 3 in dit onderdeel.

c. *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

[39] *Deze € 2,8 miljard bestaat uit de 'transformatiemiddelen IZA' en middelen voor 'juiste zorg op de juiste plek' uit het coalitieakkoord. Van deze € 2,8 miljard valt € 380 miljoen in 2027, dus buiten de IZA-periode.*
Deze € 380 miljoen is beschikbaar in het IZA voor transitieplannen.

is onlangs verlengd tot en met 2023. Partijen spreken af dat de huidige kwaliteitsmiddelen MSZ binnen dit programma geoormerkt en geïndexeerd[40] beschikbaar blijven voor de SKMS in de periode t/m 2026. De gelden zullen bijdragen aan de doelstellingen van het integraal Zorgakkoord en wordt gewaarborgd middels de jaarlijkse kaderbrief van de SKMS.

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

e. *Topzorg, Citrien en Doelmatigheidsonderzoek*
De komende periode wordt onderzocht op welke wijze programma's doorgang kunnen vinden. In de periode 2023 t/m 2026 is € 25 miljoen per jaar beschikbaar uit de sectorspecifieke, geoormerkte transformatiemiddelen MSZ. Voorwaarde voor continuering en dekking is dat de opzet van het programma aansluit bij de inhoudelijke, domeinoverstijgende doelen van het IZA.

f. *Vervolgontwikkeling msz-opleiding*
Voor de continuering van vervolgontwikkeling medisch specialistische vervolgopleiding (vervolg HLA-afspraken MSZ 2019-2022) is in totaal € 4,4 miljoen beschikbaar voor de periode 2023-2026 (€ 1,1 miljoen per jaar) uit de sectorspecifieke transformatiemiddelen MSZ.

g. *Overschrijdingen eerdere jaren (2018-2022)*
Het HLA-kader MSZ is in 2018 overschreden met € 182 miljoen. Ook in 2021 is op basis van de huidige inzichten een overschrijding zichtbaar (exclusief uitgaven aan prestaties meerkosten en continuïteitsbijdragen covid). Partijen spreken af dat ten aanzien van deze overschrijdingen het mbi in 2018 en 2021 niet zal worden ingezet. Voor het jaar 2022 gelden de afspraken uit het bestuurlijk akkoord MSZ 2019 t/m 2022. Indien onverhoopt het afgesproken macrokader 2022 wordt overschreden, treden partijen hierover in overleg, waarbij gekeken zal worden naar de aard en oorzaak van de overschrijding. Partijen kunnen dan in overleg treden over kader- of tariefkortingen. VWS kan maatregelen nemen om de overschrijding te redresseren via het macrobeheersinstrument.

h. *Technische mutaties*
Het kader MSZ is inclusief enkele technische mutaties. Concreet betreft dit middelen voor voorwaardelijke toelating en overheveling van middelen met betrekking tot de beschikbaarheidbijdrage academische zorg en beschikbaarheidbijdragen SEH en acute verloskunde.

2. Huisartsenzorg en Multidisciplinaire Zorg

a. *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.

b. *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 paragraaf 6 van dit onderdeel) en (sectorale) transformatiemiddelen het mogelijk om te investeren in MTVP in alle regio's.

c. *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).

d. *Versterking organisatie eerstelijnszorg*
Om de organisatie van de eerstelijnszorg te versterken dienen partijen, zoals eerstelijnszorgorganisaties, te beschikken over voldoende financiële middelen en menskracht om beoogde plannen en samenwerkingsafspraken ten uitvoer te brengen. De door VWS beschikbaar gestelde groei van de kaders huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en daarnaast de specifiek beschikbaar gestelde middelen vanuit het coalitieakkoord voor de versterking organisatiegraad basiszorg bieden partijen voldoende financiële ruimte om hierover in alle regio's afspraken te maken.

e. *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.

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

g. *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), voor een deel gedekt uit de sectorale transformatiemiddelen.

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

h. *Vormgeving kader multidisciplinaire zorg*
VWS onderzoekt met partijen of een andere vormgeving van multidisciplinaire zorg binnen de financiële kaders van de eerstelijnszorg bijdraagt aan het realiseren van de visie op de eerstelijnszorg. Afhankelijk van de uitkomsten van dit onderzoek, treft VWS voorbereidingen om de vormgeving van de budgettaire kaders te wijzigen. VWS maakt over het tijdspad afspraken met betrokken partijen.

i. *Kwaliteitsgelden huisartsenzorg*
Partijen spreken af dat de huidige kwaliteitsgelden voor de huisartsenzorg (€ 3,3 miljoen) geoormerkt beschikbaar blijven gedurende de IZA-periode. De inzet van de middelen wordt gericht op de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord.

3. GGZ

a. *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).

b. Op dit moment vindt onderzoek plaats naar de financiële effecten van de Wvggz en heeft de Dienst Justitiële Inrichtingen aangekondigd mogelijk om te moeten buigen op forensische zorg. Partijen vinden het van belang dat deze ontwikkelingen nauwlettend gevolgd worden.

c. *Kwaliteitsgelden GGZ*
In de vorige HLA-periode is € 14,4 miljoen structureel uit het ggz-kader aangewend ten behoeve van subsidies en opdrachten via de VWS-begroting en projecten via ZonMw. € 7,9 miljoen van de € 14,4 miljoen blijft beschikbaar via ZonMw voor kwaliteitsprojecten. De inzet van deze middelen wordt gericht op de doelstellingen van het integraal zorgakkoord. De overige middelen van de € 14,4 miljoen blijven op de VWS-begroting aangewend voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de GGZ-zorg en ondersteuning van het zorgstelsel.

d. *Overschrijdingen 2020, 2021 en 2022*
Het HLA-kader GGZ laat in 2020 en 2021, op basis van voorlopige cijfers, forse overschrijdingen zien. Partijen spreken af dat ten aanzien van deze overschrijdingen het mbi niet zal worden ingezet. Voor het jaar 2022 gelden de afspraken uit het bestuurlijk akkoord GGZ 2019 t/m 2022. Indien onverhoopt het afgesproken macrokader 2022 wordt overschreden, treden partijen hierover in overleg, waarbij gekeken zal worden naar de aard en oorzaak van de overschrijding. Partijen kunnen dan in overleg treden over kader- of tariefkortingen. VWS kan maatregelen nemen om de overschrijding te redresseren via het macrobeheersinstrument.

e. *Wachtlijsten GGZ*
Voor de extra uitgaven ten behoeve van het wegwerken van wachtlijsten in de GGZ wordt in totaal eenmalig € 60 miljoen toegevoegd aan het macrokader GGZ. Het macrokader GGZ wordt hiertoe opgehoogd met € 30 miljoen in 2023 en € 30 miljoen in 2024.

4. Wijkverpleging

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

b. *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.

c. *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 per jaar) voor de borging van kwaliteit in de wijkverpleging blijven beschikbaar gedurende IZA periode. De inzet van de middelen worden gericht op de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord.

d. *Onderzoeksprogramma V&V*
Uit de transformatiemiddelen komt in totaal maximaal € 48 miljoen beschikbaar voor het onderzoeksprogramma V&V met focus op passende zorg, arbeidsbesparende interventies, technologie en behoud van zorgprofessionals, alsmede voor het ontwikkelen van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden door V&VN i.s.m. relevante partijen voor alle Zvw-sectoren.

5. Overig

a. *Toezichthouders*
De organisatorische, personele en financiële consequenties van het IZA voor de toezichthouders IGJ en NZa worden bezien inclusief uitvoeringskosten. Dit wordt meegenomen in de jaarplannen en begroting van IGJ en NZa.

b. *Patiëntenorganisaties*
   - VWS stelt vanaf 2024 structureel € 25 miljoen per jaar extra beschikbaar voor het versterken van de patiëntenbeweging. De middelen zullen o.a. beschikbaar worden gesteld voor een herijking van het beleidskader met het oog op een uitbreiding van de instellingssubsidie voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties (pg-organisaties). Daarnaast zullen de middelen worden ingezet voor een intensivering van professionele ondersteuning van pg-organisaties, een versterking van de stem van de patiënt op regionaal niveau en de bevordering van gezondheidsvaardigheden. Daarnaast kunnen patientenorganisaties (en hun koepels (MIND, Ieder(in), Patiëntenfederatie NL) ook aanspraak maken op de transformatiemiddelen met concrete transitieplannen die bijdragen aan de IZA-doelen en de besparingen.
   - De kwaliteitsgelden voor de Patiëntenfederatie (de SKP-gelden) lopen thans via een ZonMw-programma. Partijen spreken af dat deze gelden geoormerkt beschikbaar blijven gedurende de IZA-periode. De inzet van de middelen wordt gericht op de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord.

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

a. *Transformatiemiddelen (envelop IZA transitie en envelop JZOJP)*
In de periode 2023-2027 is er in totaal € 2,8 miljard aan transformatiemiddelen 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 deelkaders[41]. Daarnaast is 50% van het totale transformatiemiddelen beschikbaar voor IZA-doelen (ook € 1,4 miljard). Besteding van het transitiegeld is altijd op basis van concrete, tijdelijke transitieplannen, via de zorginkoop van verzekeraars (centraal alleen indien noodzakelijk). Het is ook beschikbaar voor partijen uit het sociaal domein voor zover die onderdeel uitmaken van IZA-transformatieplannen. Belangrijkste criteria voor het transitiegeld 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 transitiegeld 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 criteria die van tevoren zijn opgesteld door IZA-partijen. Ander uitgangspunt is dat niet bestede transformatiemiddelen in een jaar die aan het Zvw kader zijn toegevoegd beschikbaar blijven voor de transitie mits dit doelmatig en doeltreffend is.
De verdeling van de transformatiemiddelen over de jaren heen is afhankelijk van de in te dienen transformatieplannen en daarom nog niet bekend. Met het oog op de VWS-begroting 2023 is de aanname gehanteerd dat – in verband met de aanloop naar besluitvorming en feitelijke uitvoering van transformatieplannen – de uitgaven in 2023 beperkter dan in latere jaren zullen zijn: € 280 miljoen als zorguitgaven onder het UPZ en € 22,2 miljoen via de VWS-begroting.

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 eerstelijn.

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 inzet van deze middelen en de manier waarop gemeenten aanspraak kunnen doen op deze € 150 miljoen. De periode tot en met december 2022 wordt gebruikt voor het concretiseren van de afspraken. Hierbij moeten de afspraken zowel financieel en uitvoeringstechnisch haalbaar zijn voor gemeenten. Daarbij is samenhang met andere vraagstukken, waaronder het GALA en het abonnementstarief. De doelen en activiteiten uit het GALA sluiten grotendeels aan op de doelstellingen in IZA, dus afspraken over de

[41] *Naar rato van startniveau 2023.*

uitvoering en de inzet van de beschikbare middelen zullen waar nodig en mogelijk in samenhang worden bekeken. In de tabel hieronder wordt inzichtelijk gemaakt welke middelen gemeenten de komende jaren krijgen om de uitvoering van de afspraken in IZA en GALA te realiseren. 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 IZA-transformatiemiddelen.

h. *Aanpak druk op beschikbaarheid Wmo-voorzieningen*
De 'aanzuigende werking' van het abonnementstarief Wmo brengt hogere kosten voor gemeenten met zich mee dan waar bij de invoering van het abonnementstarief in ramingen van VWS van werd uitgegaan. Met name de gemeentelijke uitgaven aan huishoudelijke hulp nemen meer toe dan destijds werd verwacht. De beschikbaarheid van Wmo-voorzieningen is daardoor onder druk komen te staan.

Daarom zal VWS voor gemeenten structurele financiële ruimte creëren om deze druk op de Wmo-voorzieningen te beperken. Op basis van de monitor abonnementstarief is gekeken in welke mate de aanzuigende werking van het abonnementstarief (in termen van kosten voor gemeenten) in de structurele situatie groter is dan waar bij de invoering van werd uitgegaan. Op basis van de laatst verschenen monitor abonnementstarief worden deze (structurele) meerkosten nu geraamd op 110 miljoen euro.

VWS committeert zich eraan om structurele financiële ruimte voor gemeenten te creëren ter grootte van dit bedrag van 110 miljoen euro. Hiertoe zullen financiële maatregelen worden uitgewerkt die per 2025 ingaan. Waar nodig worden deze maatregelen ook aan het parlement voorgelegd ter instemming.

***Tabel** - Structurele financiële ruimte voor gemeenten voor doelen uit IZA en GALA op gebied van gezondheid, preventie en sociale basis en voor vermindering druk op Wmo- voorzieningen.*

IZA budget	**€ 150 miljoen**
GALA / SPUK bewegen, sport, gezondheid	€ 180 miljoen
Totaal voor gemeenten vanaf 2023	**€ 330 miljoen structureel**
Vermindering druk op Wmo- voorzieningen	€ 110 miljoen
Totaal voor gemeenten vanaf 2025	**€ 440 miljoen structureel**

Naast bovengenoemde posten zijn binnen het coalitieakkoord onder andere ook middelen ter beschikking gesteld voor het preventieakkoord, opleidingsakkoord en volksziektes.

6. IZA-kaders 2023-2026 per sector

1. MSZ

	bedragen x € 1 miljoen	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%)				-
7	kader MSZ in prijspeil 2022	26.246	26.466	26.576	26.577
8	schuif beschikbaarheidbijdragen SEH en AV	-50			
9	voorwaardelijke toelating geneeskundige zorg	2			
10	overheveling consultatiefunctie vanuit BBAZ	2	2	2	2
11	**kader MSZ in prijspeil 2022 inclusief technische mutaties**	**26.201**	**26.468**	**26.578**	**26.579**

2. 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	wachtlijsten GGZ	30	30		
8	**kader GGZ in prijspeil 2022**	**4.620**	**4.658**	**4.655**	**4.674**

3. 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 huisartsenzorg in prijspeil 2022**	**3.689**	**3.776**	**3.890**	**4.026**

4. Multidisciplinaire Zorg

	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 MDZ in prijspeil 2022**	**759**	**782**	**813**	**853**

5. Wijkverpleging

	bedragen x € 1 miljoen	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 wijkverpleging in prijspeil 2022**	**3.802**	**3.870**	**3.973**	**4.100**



Onderdeel L. Monitoring

Eerste uitwerking van de beoogde effecten op de gezondheid van mensen en de financiële en personele houdbaarheid van het zorgsysteem: de outcomedoelen.

Voor de maatschappelijke verantwoording willen we een aantal outcomes kunnen monitoren. Daarvoor zijn de volgende doelgroepen, gebaseerd op het WRR-rapport 'Kiezen voor houdbare zorg' (2021), en de beoogde resultaten gekozen. In deze bijlage wordt een eerste uitwerking gegeven van de doelgroepen en wordt een voorstel gedaan voor de beoogde resultaten per doelgroep. Een nadere uitwerking hiervan wordt de komende tijd verder uitgewerkt met de betrokken partijen. Een toets op de haalbaarheid van de resultaten ('reality check') is onderdeel van deze nadere uitwerking. Daarbij zal er ruimte zijn voor hoe we gaan meten, of er doelgroepen moeten worden toegevoegd, of de beoogde resultaten nog moeten worden aangepast en hoe we de beoogde resultaten interpreteren in de bestuurlijke overleggen. Uiterlijk op 1 april 2023 wordt een breed gedragen voorstel opgeleverd dat kan worden gebruikt voor besluitvorming.

1. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

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

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 maatregelen – inclusief randvoorwaarden – die in het IZA worden afgesproken voor de ggz-sector hebben als doel om met de beperkte menskracht op een innovatieve manier de kwaliteit van de ggz-zorg verder te verbeteren en de wachtlijsten terug te brengen. Deze ambitie is uitgewerkt in onderstaande doelstellingen. De kwantitatieve invulling van deze doelstellingen volgt uiterlijk in 2023. Deze doelstellingen zijn onderdeel van het ggz-dashboard dat in 2023 verschijnt, het dashboard zal tevens een 0-meting bevatten. Naast deze doelen wordt ook de voortgang bij het realiseren van de afgesproken maatregelen incl. randvoorwaarden gemonitord. Komen de afgesproken doelen in gevaar, dan is dit aanleiding om op bestuurlijk niveau met elkaar in gesprek te treden om te bespreken welke aanvullende afspraken er nodig zijn.

a. Uitkomstdoel wachttijden:
   I. het aantal uniek wachtenden in de ggz bedraagt aan het einde van de looptijd IZA maximaal [aantal], waarbij iedereen binnen de Treeknorm zorg ontvangt.
   II. Daarnaast spreken we in aanvulling af dat de gemiddelde wachttijd aan het einde van de looptijd van het IZA 5 weken (één tot twee weken voor aanmeldfase en drie tot vier weken voor behandelfase) zal bedragen. Dit zal gelden voor iedere individuele groep (o.b.v. ordering ZPM) binnen de ggz.

   NZa zal betrokken zijn bij de monitoring van deze doelstelling, in het verlengde van de monitoring die zij momenteel uitvoeren voor wachttijden ggz op landelijk niveau. Uiterlijk in 2023 maken we heldere afspraken over de kwantitatieve invulling van deze doelstelling.

b. Uitkomstdoel laagdrempelige regionale steunpunten en digitale steunpunten:
   I. Alle mensen met een psychische hulpvraag, met name mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, weten in 2025 de weg te vinden en/of worden actief verwezen naar laagdrempelige regionale steunpunten

en digitale lotgenootgroepen (i.p.v. of naast verwezen te worden naar de ggz). Uiterlijk in 2023 maken we heldere afspraken over de kwantitatieve invulling van deze doelstelling.

c. Uitkomstdoel digitale zorg:
   I. Aan alle patiënten, zowel bij de POH-ggz als in de ggz, wordt vanaf 2023 actief de mogelijkheid geboden om digitaal zorg te ontvangen, zoals beschreven in de generieke module eHealth. In het begin te meten door RIVM e-health monitor (opdracht VWS aan RIVM), met als doel om alle vormen van digitale hulp zoals beschreven in het IZA te monitoren[42]. Op termijn wordt bezien of dit inzichtelijk te maken is o.b.v. reguliere declaratiedata.

d. Uitkomstdoel cruciale ggz-zorg:
   I. Eind 2023 is – op basis van de te ontwikkelen regiobeelden – zowel op regionaal als landelijk niveau in beeld wat de cruciale zorgfuncties zijn, dit mede op basis van de te ontwikkelen handreiking die duidelijk maakt wat we verstaan onder cruciale zorg en welk aanbod nodig is regionaal/landelijk. Dit in aansluiting op de (inhoudelijke en proces) afspraken over cruciale zorg.

3. Mensen met (risico op) kanker

(Ongeveer 125.000 nieuwe kankerdiagnoses per jaar [43]).
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.[44] Daarbij verwacht het RIVM een verviervoudiging van de zorguitgaven aan kanker.[45] Roken veroorzaakt 9% van de totale ziektelast in Nederland en 19% van alle gevallen van kanker.[46] Overgewicht veroorzaakt mogelijk tot wel 20% van alle gevallen van kanker. [47] Daarnaast is 8% van alle gevallen van kanker in Nederland gerelateerd aan alcohol.[48] Zelfs één drankje per dag verhoogt de kans op kanker al en de kans op kanker stijgt met ieder glas. [49] 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.[50,51] 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).[52]
c. In 2025 is de praktijkvariatie in kaart gebracht en afgenomen.[53] 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.[54] 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 darmkanker.[55]
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.

---

[42] *Onder digitale hulp verstaan we telefonie, beeldbellen, zelfhulpmodules en E-health-modules als onderdeel van de behandeling.*

[43] *Kanker | Leeftijd en geslacht | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl).*

[44] *oecd-ilibrary.org.*

[45] *Trendscenario VTV2018 (vtv2018.nl) en Zorguitgaven VTV2018 (vtv2018.nl).*

[46] *Methoden (volksgezondheidtoekomstverkenning.nl) , Kanker (rokeninfo.nl).*

[47] *Obesity and Cancer | The Oncologist | Oxford Academic (oup.com).*

[48] *Sterfte aan alcoholgerelateerde aandoeningen (expertisecentrumalcohol.trimbos.nl).*

[49] *Alcohol en kanker | KWF Kankerbestrijding.*

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

[51] *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).*

[52] *Advies aan VWS over de inhoud van een voorlichtingscampagne over huidkanker (rivm.nl).*

[53] *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).*

[54] *Concentratie van complexe ingrepen kan meer dan 200 sterftegevallen vermijden – SiRM.*

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

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.[56] Zo'n 9% van de mensen op de SEH komt met klachten door hart- en vaatziekten.[57]

De criteria waarop we dit gaan monitoren zijn:

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.[58,59] 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.[60]
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.[61] 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.[62]

[56] *Feiten en cijfers hart- en vaatziekten (hartstichting.nl).*
[57] *Acute zorg | Gebruik | SEH | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl).*
[58] *Verschillende bekostigingsmogelijkheden stoppen-met-rokenzorg: Informatiekaart Aanspraak en bekostiging stoppen-met-rokenzorg - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).*
[59] *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).*
[60] *In 2019 waren er 31.000 ziekenhuisopnamen 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).*
[61] *Concentratie van complexe ingrepen kan meer dan 200 sterftegevallen vermijden (sirm.nl).*
[62] *Doelstelling van de Dutch CardioVascular Alliance (dcvalliance.nl).*

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 75e 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.[63] 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.[64] 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.[65]
b. Uiterlijk in 2025 is er voor elke persoon met dementie een diagnose en behandeling op maat beschikbaar.[66]
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.

[63] *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).*
[64] *Acute zorg | Gebruik | SEH | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl).*
[65] *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).*
[66] *https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/11/30/nationale-dementiestrategie-2021-2030.*

6. Zorgprofessionals

(Monitoring personele houdbaarheid).

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.
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.

Criteria waarop we dit gaan monitoren staan onder onderdeel H: arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals.

7. Financiën

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.

De uitgaven van de transformatiemiddelen worden elk kwartaal gemonitord door de NZa. Indien noodzakelijk worden de ontwikkelingen besproken in het Bestuurlijk IZA overleg.