

de
Nederlandse
ggz

Piet Mondriaanplein 25
3812 GZ Amersfoort
Postbus 830
3800 AV Amersfoort

Integraal Zorgakkoord – Samen werken aan gezonde zorg

Passages relevant voor de ggz

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding – het moet en kan beter, anders lopen we vast.....	5
Hoofdstuk 2 & 3.1 + Bijlage A: Waar gaan we naartoe: passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid.....	6
Kader Passende Zorg van het Zorginstituut vormt uitgangspunt IZA.....	6
Algemene afspraken	6
Financieel	8
Hoofdstuk 3.2.1. + Bijlage B: Regionale samenwerking - algemeen	8
Algemene afspraken transformatieplannen	9
Afspraken over randvoorwaarden voor regionale samenwerking	9
Regionale samenwerking in de ggz.....	10
Zorgvraagtypering	11
Hoofdstuk 3.2.2. + bijlage C: Samenwerking in de acute zorg	11
Algemene afspraken	11
Hoofdstuk 3.2.3. + bijlage D: Regionale samenwerking – toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding	13
Inzicht in en borgen van voldoende (boven)regionale capaciteit, voorzieningen en infrastructuur voor cruciale ggz-zorg.....	13
Hoofdstuk 3.4 & Bijlage F: Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz	16
Versterken sociaal domein en sociale basis	16
Het verbeteren van de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz	16
Uitgangspunten bij de uitwerking van het verkennend gesprek	18
Wettelijke en financiële mogelijkheden domeinoverstijgende samenwerking	19
Afspraak regionale Mentale gezondheidscentra en wachtlijsten.....	19
Organiseren van bereikbaarheid buiten kantooruren voor betere patiëntenzorg, ter voorkoming van crisis en ter ontlasting van de huisartsenposten	24
Verhogen maximum aantal uren POH-GGZ.....	24
Hybride zorg in de ggz	24
Hoofdstuk 3.5 + bijlage G: Gezond leven en preventie.....	26
Ketenafspraken.....	27
Netwerkstructuur professionals.....	27
Kennisonwikkeling	28
Passende bekostiging	28
Afspraken vanuit of in het Zvw-domein	29

Onderzoek.....	29
Richtlijnen en onderwijs	30
Patiënten.....	30
Financiële prikkel zorgprofessionals en zorgverzekeraars	30
Randvoorwaarden	31
Hoofdstuk 3.6 + bijlage G: Arbeidsmarkt en het ontzorgen van zorgprofessionals	32
Professionele ruimte	32
Goed werkgeverschap/dialogoog voor behoud en duurzame inzetbaarheid.....	32
Vermindering regeldruk.....	33
Bevorderen aantrekkelijkheid werken in loondienst	34
Sociale en technologische innovaties	35
Opleiden en begeleidingscapaciteit.....	36
Eén financieel arrangement vanuit TAZ	36
Ruimte voor arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de tarieven.....	37
Gelijkmatig verdelen werkdruk en optimaal inzetten personeel in de ggz	37
Monitoring	38
Hoofdstuk 3.7 + bijlage I: Digitalisering en gegevensuitwisseling.....	39
Doelstellingen en afspraken	39
Elektronische gegevensuitwisseling is de standaard in de zorg.....	39
Inwoners van Nederland hebben in 2025 digitaal toegang tot en de beschikking over hun eigen zorggegevens	39
Om de zorg toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar te houden is transformatie nodig naar hybride zorg	39
Data worden digitaal, eenduidig en gestandaardiseerd geregistreerd in het zorgproces en beschikbaar gesteld voor diverse secundaire doelen.....	40
Hoofdstuk 3.8 + bijlage J: Contractering	40
Afspraken.....	40
Verbeteren contracteerproces.....	40
Contractering en wijkverpleging.....	41
Gelijkgerichte contractering bij ‘impactvolle transformaties’.....	41
Transformatieplannen	41
Gelijkgerichtheid.....	41
Mededinging	42
Beoordeling transformatieplannen	42
Beoordelingsproces van impactvolle transformaties.....	42
Sturingsmogelijkheden door contractering.....	43

Doorvertaling loon- en prijsbijstelling	45
Hoofdstuk 4 + bijlage K: Financiën.....	45
Algemene uitgangspunten.....	45
Financiële kaders	45
Macrobeheersing en omgang met overschrijdingen	47
Ggz-kader.....	47
Meerjarige bijstelling kader	47
Kwaliteitsgelden GGZ	47
Overschrijdingen 2020, 2021 en 2022	47
Wachlijsten ggz.....	48
Hoofdstuk 5 + bijlage L: Monitoring.....	48
Uitgewerkte uitkomstdoelen ggz:.....	48
a. Uitkomstdoel wachttijden.....	48
b. Uitkomstdoel laagdrempelige regionale steunpunten en digitale steunpunten	49
c. Uitkomstdoel digitale zorg.....	49
d. Uitkomstdoel cruciale ggz-zorg	49

Hoofdstuk 1: Inleiding – het moet en kan beter, anders lopen we vast

Ambitie: zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden.

10 opgaven waar het IZA op gestoeld is:

1. 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.
2. 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.
3. Afremmen van medicalisering: niet elke hulpvraag is een zorgvraag en niet bij elke zorgvraag past een medisch antwoord.
4. Optimaal inzetten van de beschikbare capaciteit die we hebben, zonder verspilling van de tijd en energie van mensen en geld.
5. Verminderen van de administratieve lasten om zorgprofessionals te ontlasten.
6. Behouden van 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.
7. Inzetten op elektronische gegevensuitwisseling als essentiële randvoorwaarde voor goede en veilige zorg voor de patiënt/cliënt.
8. 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.
9. Gericht ondersteunen of vervangen van schaarse capaciteit aan zorgmedewerkers door technologische aanpassingen (e-health) waardoor mensen zelf meer regie hebben over hun gezondheid.
10. Inzetten op zorg met laagst mogelijke impact op klimaat, milieu en leefomgeving.

Samenhang met:

- Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)
- Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)
- programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ)
- Green Deal Duurzame Zorg 3.0
- Hervormingsagenda Jeugd.

Hoofdstuk 2 & 3.1 + Bijlage A: Waar gaan we naartoe: passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid

De ondertekende partijen willen volop en in de breedte van alles aspecten en terreinen van de zorg inzetten op passende zorg.

Kader Passende Zorg van het Zorginstituut vormt uitgangspunt IZA

Het recent verschenen Kader Passende Zorg beschrijft wat er moet gebeuren om de zorg toekomstbestendig te maken en schetst 4 principes voor passende zorg. Deze 4 principes vormen de basis van het IZA:

1. Passende Zorg is waardegedreven. Dat betekent dat zorg op de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van de wetenschap & praktijk en meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen.
2. Passende Zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, ondersteund door informatie passend bij de vaardigheden van de patiënt.
3. Passende Zorg is de Juiste Zorg op de Juiste Plek.
4. Passende Zorg gaat over gezondheid in plaats van ziekte.

Daar is door partijen het volgende aan toegevoegd:

5. Passende Zorg vindt plaats in een prettige en goede werkomgeving voor zorgprofessionals.

Algemene afspraken

1. Zorgverleners en zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor operationalisering, implementatie en monitoring van de implementatie in de praktijk, door passende zorg aan te bieden.
2. 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.
3. De NZa werkt 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 een eerste versie gebruikt kan worden in de contractering 2024.
4. De IGJ werkt uit hoe passende zorg via hun toezichtsrol versterkt kan worden.
5. VWS maakt **uiterlijk 1 januari 2023** bekend 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 op de toets op het basispakket concreet met normerende criteria voor toelating tot het basispakket.
6. Zorgaanbieders:
 - Zetten zich maximaal in om (doelmatigheids)onderzoek uit te voeren en patiënten te includeren t.b.v. evaluatieonderzoek;
 - Zorgen voor inbreng betreffende organisatorische en financiële consequenties op het gebied van richtlijnontwikkeling;
 - Implementeren voortvarend en transparant passende zorg beslissingen en de-implementeren niet passende zorg. Partijen spreken af dat (de)implementatie **binnen 1 jaar** tot aantoonbaar resultaat leidt.

7. De cyclus van gepast gebruikt wordt gebruikt als continue motor voor het concretiseren van passende zorg (agenderen, evalueren/duiden, implementeren resultaten en monitoren). Deadline voor geconcretiseerde afspraken over het verbreden van deze cyclus en een bijhorende werkagenda is **1 maart 2023**.
8. 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 (aanspraak: HOE en WAAR), die maatschappelijk het meest impactvol zijn.
9. Om passende verpleging en verzorging te faciliteren voor alle sectoren en administratieve lasten te verlagen, spreken partijen af dat een inhaalslag wordt gemaakt in kennisontwikkeling en daaruit voortvloeiend in de ontwikkeling en implementatie van verpleegkundige kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen.
10. Ten behoeve van implementatie en monitoring wordt door alle partijen gezamenlijk spiegelinformatie opgesteld die transparant is voor aanbieders, verzekeraars, toezichthouders en zorggebruikers. Daarvoor wordt een infrastructuur voor spiegelinformatie ingericht onder regie van VWS. Deze is per **1 juli 2023** gereed.
11. Zorgaanbieders, beroepsgroepen en patiënten hanteren met elkaar een continue leer- en verbetercyclus waarbij passende zorg volgende de laatste (wetenschappelijke) inzichten centraal staat. Het gaat daarbij zowel om de kwaliteit van de diagnose en de gezamenlijke besluitvorming (de goede dingen doen) alsook de kwaliteit van de interventie (de dingen goed doen).
12. 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. **1 juli 2023** liggen de werkprogramma's van verschillende richtlijn-makende partijen er.
13. 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.
14. Zorgverleners verzamelen en registreren, waar relevant, op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg om allereerst continu leren en verbeteren op lokaal, regionaal en landelijk niveau mogelijk te maken. Binnen de ggz gebeurt dit oa aan de hand van zorgvraagtypering.
15. Zorgverleners, patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken afspraken welke informatie zinvol is om structureel transparant te maken. Dit met als vertrekpunt de landelijke transparantiekalender.
16. Voor het beschikbaar zijn van de continue leer- en verbetercyclus is de tijdige realisatie van de benodigde voorwaarden voor gegevensuitwisseling t.b.v passende zorg een randvoorwaarde. VWS zal via de afspraken over gegevensuitwisseling en ICT de randvoorwaarden scheppen.
17. De ontwikkeling richting passende zorg komt tot stand door programma's uit vorige hoofdlijnenakkoorden en binnen de sectoren of individuele contracten. De programma's worden geïntegreerd opgepakt. Dat betekent dat niet langer versnipperd allerlei thema's in het kader van passende zorg worden opgepakt, maar dat er focus wordt aangebracht en integraal wordt gewerkt. Partijen inventariseren voor **1 januari 2023** welke doublures in activiteiten en overleggen geschrapt kunnen worden. Onder regie van VWS formuleren partijen doelen en tijdslijnen.
18. De afspraken over passende zorg dragen bij aan de maatschappelijke en financiële impact van het IZA. VWS werkt samen met het veld **uiterlijk 1 juli 2023** een aantal scenario's uit voor het geval de financiële opgave niet gehaald gaat worden.

19. VWS neemt in het **najaar van 2022** het initiatief om samen met de IZA-partijen een communicatiestrategie over passende zorg op te zetten. Onderdeel daarvan is communicatie richting burger en de zorgprofessional.
20. Randvoorwaarde is het realiseren van meervoudig gebruik op basis van eenmalige vastlegging en dat informatie- en data uitwisseling voor meerdere doeleinden mogelijk wordt. Zo wordt grote registratielast voorkomen.
21. Partijen geven, onder regie en participatie van VWS, uitvoering aan de inventarisatie en het oplossen van technische/juridische/financiële belemmeringen voor vastleggen, uitwisselen, ontsluiten en gebruik van gegevens.
22. Zorgaanbieders handelen in het kader van passende zorg gelijkgericht, zowel onderling als intern.

Specifieke afspraken voor de ggz-sector

1. Er is een versnelling nodig in het transparant maken van kwaliteitsgegevens in de ggz. Partijen gaan onder procesbegeleiding van het Zorginstituut werken aan meer uitkomstinformatie t.b.v. toezicht, samen beslissen, leren en verbeteren middels kwalitatieve en kwantitatieve uitkomstindicatoren.
2. 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.
3. Informatie is nodig voor het maken van keuzes voor passende zorg. In afstemming met professionals en aanbieders wordt bekeken welke data **per 1 januari 2025** ter beschikking worden gesteld aan patiënten en verzekeraars en op welke manier dat gebeurt.

Financieel

1. De specifieke programma's zoals Uitkomstgerichte Zorg en ZE&GG die bijdragen aan passende zorg worden door VWS voorzien van voldoende financiële middelen.
2. De kwaliteitsgelden om in samenwerking tussen zorgprofessionals en patiënten te werken aan de continue leer-en verbetercyclus, en keuze-ondersteuning voor de patiënt gericht op passende zorg in de praktijk zijn door VWS structureel geborgd.
3. Voor **1 maart 2023** zijn afspraken gemaakt over de noodzakelijke (structurele) financiering en bekostiging van de gevraagde investeringen en inspanningen op het gebied van eenmalige vastlegging en gegevensuitwisseling.

Hoofdstuk 3.2.1. + Bijlage B: Regionale samenwerking - algemeen

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.

Algemene afspraken regiobeelden en regioplannen

- Een ander perspectief op zorg waarbij gezondheid en leefstijl centraal staat, in combinatie met het borgen van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit én de hiermee verbonden preventie-inzet vanuit het sociaal domein bepalen grotendeels de transformatie-opgave waar zorgpartijen in de regio voor staan.
- Partijen zetten in op het organiseren van passende en integrale zorg in het regionale verzorgingsgebied. Daarbij verbinden partijen zich aan het uitvoeren van noodzakelijke

transformaties in de regio. Dat doen zij zowel individueel, als met elkaar in diverse professionele netwerken en samenwerkingsverbanden.

- Partijen maken per zorgkantoorregio regiobeelden. Op basis van het regiobeeld wordt door regionale zorgpartijen een regioplan opgesteld. Onder regionale zorgpartijen worden alle voor de samenwerking relevant geachte partijen verstaan. In het plan is inzichtelijk wat de prioritaire regio-opgaven zijn. Daarnaast bevatten de regioplannen afspraken over hoe partijen deze regio-opgaven gecommitteerd gaan aanpakken en wie daarbij betrokken zijn.
- Het opstellen van regiobeelden en regioplannen gebeurt in 3 stappen:
 - a) Criteria: zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders, zorgprofessionals, vertegenwoordigers vanuit burgerperspectief (waaronder patiëntperspectief) en de overheid stellen in gezamenlijkheid criteria op voor de regiobeelden en regioplannen. De overheid neemt hiertoe het initiatief en komt **uiterlijk 14 oktober 2022** met een procesvoorstel hiervoor. Partijen spreken af de criteria **eind Q4 2022** bestuurlijk vast te stellen.
 - b) 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. VWS levert **eind 2022** in overleg met de AP en de ACM een analyse op van knelpunten en oplossingsrichtingen voor het uitwisselen van noodzakelijke data. **Eind Q1 2023** ligt er een plan voor aanpassing van wet- en regelgeving voor zover nodig.
 - c) Regioplannen: de regionale zorgpartijen bepalen op basis van het regiobeeld wat de belangrijkste opgaven in de regio zijn. Streven is om te komen tot een beperkt aantal opgaven die met prioriteit worden aangepakt.
- Het initiatief voor het opstellen van de regiobeelden wordt genomen door de marktleider zorgverzekeraar samen met de door de gemeenten in de regio aangewezen gemeente.
- De VNG heeft commitment uitgesproken om regionaal bij te dragen aan de regiobeelden en regioplannen en laat zich daarbij ondersteunen door de GGD als kennispartner.
- Het opstellen/herijken van regioplannen en regiobeelden gebeurt gezamenlijk door een afvaardiging van relevante zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten. Vervolgens toetsen deze partijen het bij hun achterban, waaronder informele zorg, patiëntvertegenwoordigers, zorgprofessionals, andere medewerkers en gemeenteraden.

Algemene afspraken transformatieplannen

- Decentraal worden waar nodig specifieke transformatieplannen gemaakt tussen de zorgpartijen die daadwerkelijk zorgtransformaties moeten realiseren. Daarbij wordt de balans gezocht tussen wat lokaal, regionaal en landelijk moet worden georganiseerd.
- Het opstellen van transformatieplannen is dus maatwerk, waarbij wordt voortgeborduurd op bestaande plannen, initiatieven en natuurlijk samenwerkingsverbanden.
- Specifieke transformatieplannen kunnen ook los van een regiobeeld tot stand komen, of al gemaakt zijn voordat er een regioplan ligt. Urgentie is leidend.
- In het werkprogramma van zorgverzekeraars en gemeenten 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 de regioplannen en hoe de inhoudelijke afspraken uit het IZA mede in relatie tot het GALA kunnen worden uitgevoerd.

Afspraken over randvoorwaarden voor regionale samenwerking

- Transformatiemiddelen zijn beschikbaar om te ondersteunen bij impactvolle transformaties die bijdragen aan de beweging naar passende zorg.

- Om zorgtransformaties in de regio voor elkaar te krijgen worden er afspraken gemaakt over risicoverevening.
- De overheid biedt zorgverzekeraars de juiste instrumenten om ongecontracteerde zorgaanbieders te laten committeren aan de noodzakelijke transformatieopgaven.
- 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.
- VWS stelt een werkgroep in om knelpunten in domeinoverstijgende bekostiging op te lossen. Streven is om voor de *contractering 2024* concrete betaaltitels gereed te hebben. Voor de ggz zal zoveel mogelijk worden aangesloten bij de ZPM-systematiek.
- VWS onderzoekt of een BTW-vrijstelling mogelijk is voor samenwerking tussen zorgaanbieders in de regio.
- De overheid geeft experimenteerruimte voor domeinoverstijgende samenwerking.
- Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid brengen **in 2023** in kaart welke functies in de regio onder de definitie 'regionale systeemfunctie' horen.

Regionale samenwerking in de ggz

In elke regio wordt voldoende (zeer) complexe psychische zorg ingekocht en deze wordt passend bekostigd. 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 tarifiering 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 vormgegeven door de professionals.
- Eventuele aanpassingen in het ZPM worden nu eerst geobjectiveerd binnen het bestaande overleg tussen NZa, ZN en dNlggz.
- 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 (bijvoorbeeld separate afspraken maken over outreachende en hoogspecialistische ggz en waar nodig gebruik maken van het max-max tarief);
- Waar nodig nemen partijen maatregelen om in de contractering beter gebruik te maken van de mogelijkheden die het ZPM hiervoor biedt.
- Waar nodig zal de NZa bekijken hoe het ZPM kan worden aangepast om de prikkels en mogelijkheden voor partijen om tot goede afspraken te komen te versterken.
- De Zorgvraagtypering wordt verder doorontwikkeld en adequaat toegepast door zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zo steeds scherper te krijgen hoe de kostenverdeling tussen ggz voor mensen met een (relatief) lichte en (relatief) zware zorgvraag zich ontwikkelt. Dit raakt ook de ggz afspraak over kwaliteit en transparantie.
- 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 zorgaanbod 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 top ggz 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’. Verder zijn er in het IZA generieke afspraken gemaakt over de wijze waarop de informatie over kwaliteit zal worden ontsloten tussen partijen. Voor de ggz wordt aangesloten op deze afspraken waarbij de capaciteit van Akwa wordt ingezet om deze doelen te bereiken.

Hoofdstuk 3.2.2. + bijlage C: Samenwerking in de acute zorg

Algemene afspraken

- Voorkomen van acute zorg wordt prioriteit in beleid van alle partijen. Digitale hulpmiddelen kunnen hierin een rol spelen.
- Een belangrijk deel van de spoedzorg kan ook thuis of in de eerste lijn geadresseerd worden.
- Er worden **voor de zomer van 2023** scenario's uitgewerkt voor zorgcoördinatie. De ggz is hierbij betrokken. Na besluitvorming over de inrichting van zorgcoördinatie wordt deze **uiterlijk 1 januari 2025** regionaal geïmplementeerd met als doel landelijk dekkende zorgcoördinatie.
- De overeenkomst met LNAZ voor inzicht in capaciteit en patiëntspreiding is verlengd voor een periode tot 1 januari 2023. Met het oog op de gewijzigde rol van het LNAZ wordt aansluitend op de afspraken in het IZA, door betrokken partijen overlegd over een aangepaste governance van het LNAZ.
- Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen wordt overal geïmplementeerd. In de doorontwikkeling wordt oa ook de acute ggz betrokken. LNAZ en Zorginstituut nemen hierbij een coördinerende en faciliterende rol.
- 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. Daarbij wordt ook gekeken naar 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.
- Partijen conformeren zich aan het vervangen van de 45-minutennorm voor bereikbaarheid van SEH's en acute verloskunde door een bredere set aan (kwaliteits)normen met een gedifferentieerde normstelling ten aanzien van tijdkritische aandoeningen. 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**. VWS komt **uiterlijk eind 2022** met een procesvoorstel over te zetten stappen om de 45-minutennorm te vervangen.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zetten in op 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 spreken af om de samenwerking in de regio 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.
- **De implementatie van de generieke module acute psychiatrie (GMAP) wordt voortgezet. Het streven is de GMAP in 2024 in alle regio's geïmplementeerd te hebben.**
- Partijen zullen gezamenlijk 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**.
- Elke ROAZ stelt een plan van aanpak op voor acute zorg in de regio. Waar nodig kan een ROAZ-regio worden onderverdeeld in subregio's.
- Het ROAZ-plan komt tot stand op basis van 3 stappen:
 - a) 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 het ROAZ plan. De overheid neemt hiertoe initiatief en komt **uiterlijk 14 oktober 2022** met een procesvoorstel. De criteria worden **uiterlijk eind Q4 2022** bestuurlijk vastgesteld.
 - b) ROAZ beeld: **Eind Q2 2023** heeft elke ROAZ-regio een ROAZ beeld opgesteld. Een ROAZ beeld geeft ten minste inzicht in de regionale acute zorgvraag en zorgaanbod, patiëntenstromen, de arbeidsmarkt en (10-jaars)prognoses.
 - c) ROAZ plan: voor de prioritaire regio-opgaven maken zorgpartijen afspraken welke partijen met welke oplossing aan de slag gaan en op welke schaal.
- Elk ROAZ draagt zorg voor het opstellen van een ROAZ plan. De ROAZ voorzitter en de marktleider zorgverzekeraar hebben daarbij een duale verantwoordelijkheid. Zij nemen het initiatief in de regio.
- De ROAZ partijen beoordelen gezamenlijk of het ROAZ plan voldoende concreet is, in lijn is met de uitgangspunten in het IZA en voldoende bijdraagt aan het duurzaam oplossen van regionale knelpunten in de acute zorg. 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.
- Wanneer de ROAZ-partijen 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.
- 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.

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

Hoofdstuk 3.2.3. + bijlage D: Regionale samenwerking – toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding

Uitgangspunt is ‘nabij als het kan, veraf als het moet’. Voor concentratie van zorg wordt in het IZA (in eerste instantie) gekeken naar brede oncologische zorg, zorg rond hart- en vaatziekten en bepaalde vormen van acute zorg. Daarnaast wordt gekeken naar de zorg voor mensen met een zeldzame aandoening.

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 de regiobeelden waarin de totale behoefte aan zorgvraag wordt weergegeven, bepalen verzekeraars en aanbieders welke onderdelen van het aanbod aan zorg cruciaal zijn 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 blijven en breed beschikbaar zijn (ook voor professionals van andere instellingen).

Partijen maken hiertoe de volgende afspraken:

Vorbereidende 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 invulling 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.

In deze handreiking willen partijen de volgende aspecten uitwerken:

- 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 de 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 casuïstiektafels voor hoogcomplexiteit 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 nagekomen), dan wordt dit tijdig besproken op regionaal en/of landelijk niveau.

Hoofdstuk 3.3. + bijlage E: Versterking organisatie eerstelijnszorg

Afspraken op hoofdlijnen

- **Voor eind 2022** werken PF, LHV, Ineen, ZN, Actiz, V&VN, Zorgthuisnl, samen met KNMP, KNGF, PPN, Verenso, NVAVG en de VNG een visie op de eerstelijnszorg in 2030 uit.
- Bij deze visie hoort een gezamenlijk plan van aanpak tot 2026.
- **Voor eind 2022** brengt VWS samen met de NZa, het Zorginstituut en de IGJ, 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 de mededinging de ACM betrokken en het kader van de privacywetgeving de Autoriteit Persoonsgegevens.
- Partijen zetten in op doorontwikkeling en stevigere inbedding van digitale (zelf)zorgmiddelen, zoals thuisarts.nl en apotheek.nl.
- Implementatie programma Meer tijd voor de patiënt (MTVP) wordt opgeschaald.
- Het aantal opleidingsplekken voor huisartsen wordt verhoogd. Daarnaast komt er een tijdelijke impuls voor de verhoging van het aantal opleidingsplekken voor verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Hoofdstuk 3.4 & Bijlage F: Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz

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.
 - 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.

Het verbeteren van de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz

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 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.

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.

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 transitie-middelen 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 samenwerkingsafpraak) 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 uitgangspunten¹. Parallel wordt aangesloten bij het traject domeinoverstijgende betaaltitels, zoals in het IZA is opgenomen. Deadline: **voor de zomer van 2023**.
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

¹ Partijen verwachten vooral vraagstukken rondom het verkennend gesprek voor patiënten waarbij geen doorverwijzing naar de ggz plaatsvindt.

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.

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

Afspraak regionale Mentale gezondheidscentra en wachtlijsten

Afspraak Mentale gezondheidscentra & regionale wachtlijsten	
Doel	<p>Toegankelijkheid verbeteren en wachttijden verminderen door een andere ordening en betere samenwerking binnen en met de ggz en zorgen voor voldoende capaciteit zodat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<p>We zetten de huidige wachttijdenaanpak met de transfertafels en de huidige aanpak met overlegtafels landelijke hoogcomplexen zorg en de doorzettingsmacht voort.</p> <p>Aanvullend hierop maken we onderstaande afspraken <i>door een werkwijze te introduceren die meer dan 50.000 patiënten² op een andere manier zorg</i></p>

² Uitgaande van 517.000 pt. , ongeveer 10%(minimaal) verwijzing naar sociaal domein

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 daarin:
 - 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)

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.

	<p>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.</p> <p>Uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)
	<p>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.</p> <p>De uitkomst van het verkennend gesprek kan zijn dat er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Treeknormen. <p>Voor het verkennend gesprek geldt – als geen verwijzing naar de ggz plaatsvindt – geen eigen risico.</p>
	<p>Verwijzing na het verkennend gesprek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 (uiteeraard) 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;

	<p>3. Als alle aanbieders de Treeknorm voor intake en behandeling overschrijden wordt de patiënt geplaatst naar de zorgverlener van zijn of haar keuze.</p>
	<p>Wachlijsten 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.</p> <p>Deze wordt in samenhang aan de transfertafels besproken.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De huisarts beoordeelt bij de verwijzing welke aanbieder 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 NZa³ 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. <p>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).</p>
	<p>Monitoring en escalatiemogelijkheden. Risico van bovenstaande werkwijze is dat sommige kerninstellingen meer dan gemiddeld naar zichzelf zouden verwijzen en andere partijen hier problemen mee hebben. Een ander risico is juist dat een deel van de aanbieders onvoldoende meedoet waardoor het maximale resultaat niet wordt behaald.</p>

³ Er wordt nog nader bekeken of NZa deze rol kan vervullen.

	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>1. Mogelijke stappen bij niet goed functioneren: De volgende stappen zetten we als een dergelijke situatie zich zou voordoen</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 regio door 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 wijziging van de situatie leidt kan de organisatie van het verkennende gesprek voor die regio in handen van een onafhankelijke organisatie worden gegeven.
	<p>Borging opzet</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 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. • Transitie middelen op dit gebied worden toegekend door de verzekeraars op basis van de beschreven uitvoeringsmodaliteiten voor sectorspecifieke en algemene transitie middelen. • Privacy bestendige gegevensdeling wordt geborgd, gebaseerd op de werkwijzen van de huidige transfertafels.

	<ul style="list-style-type: none"> • Samen met Akwa wordt een traject ingezet 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.
--	--

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-acuut 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 bijvoorbeeld 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-uursbereikbaarheid 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.

Verhogen maximum aantal uren POH-GGZ

Per 2024 verhogen we 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, beiden 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.

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.

Om de wachtlijsten te verminderen moeten er extra mensen worden behandeld in deze groepen met de huidige capaciteit aan professionals die werkzaam zijn voor deze patiëntgroepen. 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-beelddellen)
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.

Zorgverzekeraars zullen bij alle aanbieders van deze zorgsoorten (zorgaanbieders en vrijgevestigden) in hun inkoop sturen op het realiseren van deze doelstellingen. Het zorginstituut zal hierbij in de doorontwikkeling en het vaststellen van zorgstandaarden ook haar rol innemen.

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 voldoende capaciteit houden om mensen met een zwaardere zorgvraag te voorzien van goede 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:

- We starten binnen de mono-disciplinaire zorg¹ & 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 de daarbij behorende zorgvraagtypering en de 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 plaatsvindt. 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 het sectorale ggz deel in lijn gebracht met de integrale afspraken over hybride zorg, met een nadere verbijzondering voor het ggz-domein.

Hoofdstuk 3.5 + bijlage G: Gezond leven en preventie

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 hierbij samenwerkingsafspraken in regioplannen waarin het zorgdomein en het sociale- en gezondheidsdomein in samenhang worden gezien 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.

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. Zorgverzekeraars en gemeenten maken aan de hand van een regiobeeld en -plan (met regionale gezondheidsdoelen) zo snel mogelijk, maar **uiterlijk 1 januari 2025** niet-vrijblijvende regionale samenwerkingsafspraken over gezondheidsbevordering van de populatie als geheel en specifiek voor risicogroepen 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 benut.
 - 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.
 - 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.
 - 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.

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: eerstelijns waar het kan, tweede en/of derdelijns waar het moet. De interventie wordt zoveel als mogelijk in de wijk van de patiënt aangeboden.
- d. Zorgverzekeraars, gemeenten, eerste, tweede en derdelijnszorgaanbieders, inclusief ggz-aanbieders, patiënten-, cliënten- en naastenorganisaties, en andere relevante partijen, maken hierover gezamenlijk afspraken. Zij spreken daarbij af wie verantwoordelijk is voor de structurele inbedding.

Kennisontwikkeling

- a. De bestaande regionale kennisfunctie en innovatie- en organisatiekracht van de UMC's op het gebied van preventie in de zorg en leefstijl wordt versterkt en benut door het brede zorgveld en waar passend ook door het sociaal domein in de regio. Ook (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, 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.

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 eerstelijns 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.

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). 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:

A) 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 Innovatiebeleid⁴ 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'.
 - VWS stelt per **1 januari 2023** meerjarig middelen beschikbaar voor de uitvoering van een nader te vormen brede leefstijlcoalitie, met als doel om nationaal en regionaal regie te voeren op de inzet op gezondheid binnen en vanuit het Zvw-domein (pijlers: data en kennis, onderwijs, richtlijnen, onderzoek, implementatie en opschaling, monitoring en patiënt).

Onderzoek

- a) Het Zorginstituut werkt op basis van de verbeterde pakketcriteria voor (kosten)effectiviteit uit wat er nodig is om leefstijlinterventies binnen de Zvw te kunnen beoordelen. Deze uitwerking is in de **loop van 2023** gereed. Het beoordelingskader sluit aan op de verbeterde en verbrede toets op het basispakket.
- 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

⁴ [Missies voor het topsectoren- en innovatiebeleid | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)

bestaand (lokaal en regionaal) onderzoek wordt met elkaar in verbinding gebracht. Hierbij zal de link gelegd worden met Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG).

Richtlijnen en onderwijs

- a) Partijen verantwoordelijk voor richtlijnontwikkeling dragen ervoor zorg dat het uitgangspunt van leefstijl (in de brede zin van het woord) als (onderdeel van de) behandeling - wanneer bewezen van meerwaarde -, **zo snel mogelijk** onderdeel is van (de herziening of ontwikkeling van) kwaliteitsstandaarden en professionele richtlijnen.
- b) In de behandelrichtlijnen wordt beschreven wanneer de inzet van (en verwijzing naar) leefstijlinterventies effectief is. Daarbij vindt de leefstijlinterventie zo laagdrempelig mogelijk plaats.
- c) Richtlijnen van zorgprofessionals waarin aandacht voor gezonde leefstijl al beschreven staat, worden zo spoedig mogelijk in de praktijk toegepast. Zover als mogelijk worden leefstijladvies 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.

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.

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.

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.
 - Versteving van het gemeentelijke gezondheids-, ondersteunings- en welzijnsaanbod en aansluiting hiervan op het Zvw-domein (o.a. gemeentelijke sociale kaart), is 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

Hoofdstuk 3.6 + bijlage G: Arbeidsmarkt en het ontzorgen van zorgprofessionals

Het binden en boeien van medewerkers in de zorg staat centraal in het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ). Daar bovenop zijn er in het IZA een aantal specifieke afspraken gemaakt.

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 Ellemet is opgesteld zal in het kader van het programma TAZ ook deze kabinetsperiode worden geïnvesteerd in het bevorderen van zeggenschap.

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. 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 langetermijnoplossing, 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.

Goed werkgeverschap/dialogo voor behoud en duurzame inzetbaarheid

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 leidinggevendenden voldoende toegerust zijn in informatie, kennis en vaardigheden om gesprekken over deze onderwerpen te voeren. Tot slot wordt het gesprek gevoerd over verhoging van de in de cao's in zorg en welzijn opgenomen leeftijdsgrens bij de vrijstelling voor het draaien van ANW-diensten, bijvoorbeeld door deze te koppelen aan de ontwikkeling van de pensioenleeftijd. De afspraken hierover in cao's zullen worden gemonitord.

Vermindering regeldruk

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.

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.

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. 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.⁵ 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 vrijevestigden.

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.

⁵ 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.
- 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. 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.

Sociale en technologische innovaties

Partijen onderschrijven de noodzaak van het breed uitrollen en implementeren van gebleken effectieve innovaties. Daarbij is het langetermijnstreven 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.
- b. Deze innovaties dienen **vanaf 2025** te gaan renderen om 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.
- 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.
- 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.

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.
- 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.
- 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 coschappen - ook in het extramurale domein - te stimuleren.

Eén financieel arrangement vanuit TAZ

Domeinoverstijgende samenwerking in de regio is 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. 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 betreft veldpartijen bij de vormgeving hiervan.

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.

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.

Gelijkmatig verdelen werkdruk en optimaal inzetten personeel in de ggz

Overall in de economie, en dus ook in de zorg, zien we (oplopende) arbeidsmarkttekorten en toenemende verschillen tussen zzp'ers en personeel in loondienst. Tegelijkertijd weten we dat 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 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 zzp-schap 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 van 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 lukken 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.
- 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 multidisciplinaire 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 een-op-een 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. De indicatoren zijn:

1. Het uitstroombestand 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 de volledig doorvertaling van de ova in de tarieven worden gemonitord.

Hoofdstuk 3.7 + bijlage 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.

Doelstellingen en afspraken

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.

- 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.
- De kerngegevens betreffen de EU-patiëntensamenvatting (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.

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.

- Inwoners 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.
- **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.
-

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

- **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.
- 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.
- 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.

- Veldpartijen zorgen dat de hybride zorg toegankelijk is voor mensen en bevorderen inclusiviteit van deze zorg. Overheidspartijen faciliteren deze ontwikkeling.

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

- Uitgangspunt is dat administratieve lasten in het operationele proces laag worden gehouden en op onderdelen zelfs verlaagd kunnen worden.
- 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.

Hoofdstuk 3.8 + bijlage 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. 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.

Afspraken

Verbeteren contracteerproces

- 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 erop gericht is verzekerden voor te lichten over de financiële risico's van niet-gecontracteerde zorg.
- 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.
- 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.

Contractering en wijkverpleging

Voor de wijkverpleging zijn er specifieke afspraken gemaakt ten aanzien van de contractering om de doelstellingen uit het IZA te kunnen halen en om werken in de wijkverpleging aantrekkelijker te maken.

Gelijkgerichte contractering bij 'impactvolle transformaties'

Criteria voor impactvolle transformaties: Een transformatie wordt aangemerkt als impactvol als er sprake is van een substantiële impact op:

- het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet,
 - inzet van personeel,
 - regionale herverdelingsvraagstukken (profielkeuzes) en/of
 - 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 totaalafpraak 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.

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. 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 te volgen en/of een reguliere self-assessment uit te voeren.

Beoordeling transformatieplannen

Transformatieplannen voor impactvolle transformaties voldoen aan de onderstaande voorwaarden:

- Er is sprake van een gedeelde urgentie bij de benodigde partijen (waaronder vaak de huisartsen);
- Er is een positieve (maatschappelijke) businesscase waaruit blijkt op welke wijze de inspanningen gaan bijdragen aan passende zorg voor de in het IZA genoemde doelgroepen en resultaten;
- 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.
- Er is een zorgvuldige impactanalyse gedaan voor de voorzienbare effecten van het transformatieplan op bedrijfsvoering, personeel en infrastructuur/vastgoed én de rest van de zorgketen, waarbij het plan wordt gezien in een bredere context, waaronder regionale en landelijke afspraken.
- Executiekraft 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;
- De in het transformatieplan geformuleerde resultaten voor de transformatie worden binnen vijf jaar behaald.
- Het transformatieplan is 'mededingingsproof'.

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 met de 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.
- 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.
- 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 het borgen van de bescherming van de belangen van patiënten en burgers 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.
- 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.
- Er wordt door zorgverzekeraars publiekelijk transparant gemaakt welke transformatieplannen voor impactvolle transformaties zijn goedgekeurd, met als doel navolging van goede plannen te stimuleren.

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. 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. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zetten 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.
- 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. 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. 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. De IZA-partijen spreken 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 gezien:
 1. Offerte bij niet-gecontracteerde zorg: Om te voorkomen dat patiënten geconfronteerd worden met (hoge) zorgkosten doordat zij onbewust voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kiezen, is goede informatievoorziening hierover richting de patiënt van groot belang. In dat kader onderzoekt de NZa in overleg met de betrokken zorgpartijen 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: 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 bovenstaande twee 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.
- 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.
- 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.

Doorvertaling loon- en prijsbijstelling

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) 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.

Hoofdstuk 4 + bijlage K: Financiën

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).

Financiële kaders

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.

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.

De beschikbare macrokaders per sector, exclusief indexatie voor loon- en prijsontwikkeling in de komende jaren, zijn daarmee als volgt (bedragen x € 1 miljoen)⁶:

<i>Bedragen x € 1 miljoen, prijspeil 2022</i>	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.

Voor de partijen die deelnemen aan het IZA zijn in aanvulling op de beschikbare kaders investeringsmiddelen en transformatiemiddelen beschikbaar. Bij de transformatiemiddelen gaat het om in totaal € 2,8 miljard⁷ waarover de volgende afspraken zijn gemaakt:

- Van deze € 2,8 miljard is 50% (€ 1,4 miljard) geormerkt beschikbaar voor de sectoren MSZ, ggz, wijkverpleging, huisartsenzorg en MDZ naar rato van omvang sector ten behoeve van plannen die bijdragen aan de doelstellingen van het IZA. Dit leidt tot de volgende verdeling: MSZ € 940 miljoen, ggz € 160 miljoen, 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 vervolgonwikkeling 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 in totaal €

⁶ 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).

⁷ 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.

40 miljoen geormerkt 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.

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 coalitieakkoordenvoloppen.

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 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.

Ggz-kader

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).

Op dit moment vindt onderzoek plaats naar de financiële effecten van de Wvvggz 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.

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 euro 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.

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.

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 makrokader ggz. Het makrokader ggz wordt hiertoe opgehoogd met € 30 miljoen in 2023 en € 30 miljoen in 2024.

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
<i>w.v. groei 2023 (1,0%)</i>	44	45	45	45
<i>w.v. groei 2024 (0,8%)</i>		36	36	36
<i>w.v. groei 2025 (0,6%)</i>			28	28
<i>w.v. groei 2026 (0,4%)</i>				19
7 wachtlijsten GGZ	30	30		
8 kader ggz in prijspeil 2022	4.620	4.658	4.655	4.674

Hoofdstuk 5 + bijlage L: Monitoring

Voor de maatschappelijke verantwoording worden een aantal outcomes gemonitord. Daarvoor zijn de volgende doelgroepen, gebaseerd op het WRR-rapport ‘Kiezen voor houdbare zorg’ (2021), en de beoogde resultaten gekozen:

- 1. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden**
- 2. Mensen met psychische klachten**
- 3. Mensen met (risico op) kanker**
- 4. Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten**
- 5. Ouderen met een kwetsbare gezondheid**
- 6. Zorgprofessionals**

Een nadere uitwerking hiervan wordt de komende tijd verder uitgewerkt met de betrokken partijen. Uiterlijk op **1 april 2023** wordt een breed gedragen voorstel opgeleverd dat kan worden gebruikt voor besluitvorming.

Uitgewerkte uitkomstdoelen ggz:

- 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 lotgenotengroepen (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 e-health. 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 monitoren⁸. Op termijn wordt gezien 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.

⁸ Onder digitale hulp verstaan we telefonie, beeldbellen, zelfhulpmodules en e-health-modules als onderdeel van de behandeling.