

Vergaderjaar 2023–2024

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 842

Ontvangen ter Griffie op 1 maart 2024.
Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 1 april 2024.

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 maart 2024

Middels deze voorhangbrief informeer ik u, mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en conform artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), over de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben te geven op grond van artikel 7 van de Wmg aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met betrekking tot het experiment over de bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke categorieën verzekerden. Overeenkomstig artikel 8 van de Wmg ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Van de vaststelling van de aanwijzing zal ik mededeling doen door plaatsing in de Staatscourant.

In deze brief zal ik eerst ingaan op de aanleiding van de mogelijkheid tot rechtstreekse bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke categorieën verzekerden. Vervolgens beschrijf ik een beoogd experiment bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke categorieën verzekerden, de resultaten van een uitvoerbaarheidstoets door de NZa en de voorgenomen inzet van de instrumenten monitoring en evaluatie. In het laatste onderdeel van deze brief treft u de zakelijke inhoud van de voorgenomen aanwijzing aan de NZa.

1. Aanleiding

In de brief van 29 november 2023¹ heeft de ambtsvoorganger van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uw Kamer gemeld dat een prestatie patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke categorieën verzekerden in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA) nodig is om veldpartijen in staat te stellen invulling te geven aan regionale samenwerkingsverbanden die bijdragen aan samenhangende zorg en ondersteuning voor specifieke groepen

¹ Kamerstukken II, 2023–2024, 31 765, nr. 836

(kwetsbare) verzekerden. Dat vergt een declarabele generieke prestatie met een vrij tarief waarmee aanbieders van zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw) patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg voor specifieke categorieën verzekerden – onder voorwaarden – rechtstreeks kunnen declareren.

Op 25 oktober 2023 heeft de ambtsvoorganger van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de NZa gevraagd een uitvoerbaarheidstoets te verrichten om de uitvoeringsconsequenties van de toekomstige prestatie in beeld te brengen. Op 9 februari 2024 heeft de NZa deze uitvoerbaarheidstoets opgeleverd en geoordeeld dat de voorgestelde prestatie, zoals geschetst in de brief van 29 november 2023, uitvoerbaar is.

2. Experiment bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke categorieën verzekerden

De experimentele grondslag van artikel 58 Wmg biedt de mogelijkheid om veldpartijen op korte termijn te laten experimenteren met regionale samenwerkingsverbanden die gezondheidswinst bevorderen en deze transformatie tegelijkertijd te monitoren en evalueren om naar een structurele bekostigingsmogelijkheid toe te werken. De looptijd van het experiment kan worden benut om te achterhalen of de voorgenomen prestatie daadwerkelijk beantwoordt aan de behoeften in het veld en de knelpunten rondom de bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg adequaat wegneemt. Het experiment zal starten per 1 mei 2024 en heeft conform de Wmg een looptijd van maximaal vijf jaar. Het experiment eindigt daarom uiterlijk op 1 mei 2029.

Het verbinden van de instrumenten van monitoring en evaluatie aan het experiment is noodzakelijk om inzicht te verkrijgen in de toepassing van de voorgenomen prestatie in de praktijk. De inzet van deze instrumenten maakt ook (tussentijdse) bijstelling van de prestatie mogelijk. Het is op dit moment niet volledig te voorzien waar exact de behoefte van verschillende veldpartijen ligt en hoe groot het gebruik van de voorgestelde prestatie gaat worden. Daarnaast zal de praktijk moeten uitwijzen of de prestatie goed uitvoerbaar is voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hetzelfde geldt voor de mogelijkheden voor toezicht en handhaving door de NZa.

De inzet van instrumenten van monitoring en evaluatie past bij de fase van het (door)ontwikkelen van (regionale) samenwerkingsverbanden en faciliteert het toewerken naar een meer definitieve vormgeving en inbedding van de beoogde prestatie in het brede palet aan bekostigingsmogelijkheden. De beoogde prestatie zal vanwege het generieke karakter zowel inhoudelijk als qua vormgeving deels overlap kennen met al bestaande meer specifieke prestaties en raakt ook aan bekostigingsmogelijkheden die nog in ontwikkeling zijn. Het is nodig om inzichtelijk te krijgen in hoeverre het naast elkaar bestaan van deze inhoudelijk deels overlappende bekostigingsopties bijdraagt aan de in het IZA nagestreefde doelen. Ook kan door monitoring van de omvang van het gebruik van de prestatie kennis worden opgedaan over de verdeling van kosten over betrokken sectoren.

3. Uitvoerbaarheidstoets NZa

De uitvoerbaarheidstoets van de NZa geeft antwoord op de vraag op welke wijze de NZa feitelijk vorm kan geven aan de voorgestelde prestatie met vrij tarief. Uitgangspunt van de uitvoerbaarheidstoets vormen de elementen van de voorgestelde prestatie zoals hierboven beschreven.

De NZa concludeert dat de beoogde bekostiging van domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw uitvoerbaar is en geeft aan dat de voorgestelde generieke prestatie met vrij tarief in een beleidsregel kan worden vormgegeven. Om de bekostiging aan te laten sluiten bij de behoeften van veldpartijen, zoals verwoord in de bovengenoemde brief van 29 november 2023 aan uw Kamer², zal de NZa de prestatie open formuleren en zijn de mogelijkheden vanuit het toezicht daardoor beperkt. De NZa geeft daarbij aan dat een open prestatiebeschrijving ruimte creëert voor regionale diversiteit en maatwerkafspraken, maar ook beroep op zorgaanbieders en zorgverzekeraars doet om in afspraken een verdere concrete invulling aan de samenwerking te geven zodat men tot zinvolle investeringen komt. Ook wijst de NZa op de interactie van een open betaaltitel voor domein- en sectoroverstijgende samenwerking in de Zvw met stelselmechanismen zoals de risico-verevening en de macrodeekaders. Tot slot zegt de NZa dat door goede monitoring en evaluatie zal kunnen worden gezien hoe deze prestatie in de praktijk zal worden gebruikt en verder in de zorgbekostiging kan worden ingepast.

In het kader van het hierboven beschreven oordeel geeft de NZa de volgende aandachtspunten mee:

Vormgeving prestatie

De NZa zegt ook het nut te zien van de vormgeving als experiment. Ze stelt dat het bij deze fase van het (door)ontwikkelen van samenwerking nog te vroeg is om voor een definitieve vormgeving en inbedding van de prestatie te kiezen. Het is van belang dat de vormgeving en inbedding van die prestatie kan worden bijgesteld als behoeften in de praktijk veranderen of als de voorgenomen monitoring en evaluatie hier aanleiding toe geven. Vormgeving van de prestatie als experiment op basis van artikel 58 van de Wmg maakt dit volgens haar eenvoudiger.

In de ambitie van het bieden van ruimte aan bekostiging van een breed scala aan mogelijke samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders die in meerdere domeinen en sectoren opereren ziet de NZa aanleiding om de prestatiebeschrijving niet strikt af te bakenen. Ze wijst erop dat de gewenste samenwerking niet alleen mogelijk is tussen zorgaanbieders uit verschillende domeinen en sectoren, maar ook (mede) kan worden bereikt door samenwerking tussen zorgaanbieders binnen één domein of binnen één sector en dat domeinen en sectoren soms moeizaam sluitend af te bakenen zijn. Bovendien kan de inhoud van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars lokaal en regionaal sterk variëren.

Omdat de aan de mogelijke samenwerkingsafspraken gekoppelde tarieven sterk kunnen verschillen, is het op voorhand reguleren van de tarieven binnen de beoogde prestatie onwenselijk en niet mogelijk volgens de NZa. Ze concludeert dat een vrij tarief nodig is. Ook constateert de NZa dat de relatief open prestatie met het daaraan gekoppelde vrije tarief zodanig vorm te geven is dat die onder meer de gevraagde mogelijkheid tot lumpsumafspraken kan bieden. Dat wil zeggen dat het

² Idem noot 1.

bijvoorbeeld mogelijk is dat samenwerkingsverbanden met zorgverzekeraars één vast bedrag afspreken per periode voor een geheel aan activiteiten en dat prestatie en tarief vervolgens direct in rekening kunnen worden gebracht.

De NZa ziet eveneens de noodzaak van een contractvereiste, dat wil zeggen de voorwaarde dat een prestatie alleen in rekening kan worden gebracht als zorgverzekeraar(s) en aanbieder(s) hierover akkoord bereiken. De open formulering van de prestatie maakt verdere concrete invulling op basis van onderlinge afspraken nodig om tot zinvolle investeringen te komen. Bovendien meent de NZa dat onderlinge afspraken nodig zijn om te verzekeren dat mogelijke lumpsumafspraken uitgevoerd kunnen worden binnen het systeem.

Uitvoerbaarheid

De NZa gaat uit van een correcte toepassing van de prestatie door zorgaanbieders en zorgverzekeraars ten aanzien van de vraag of sprake is van Zvw-zorg en daarmee ook Wmg-zorg.

De NZa ziet een risico op dubbele bekostiging van kosten voor samenwerking en daarmee een risico op concurrentievervalsing. Dubbele bekostiging kan ten eerste ontstaan omdat samenwerkingskosten in principe al in tarieven zijn verdisconteerd. Niet-zorgactiviteiten worden meegenomen bij een kostprijsonderzoek en kunnen dus via de zorgprestaties toch tot uitdrukking komen in de tarieven voor die zorgprestaties. Ten tweede bestaan er prestaties/tarieven die (mede) dezelfde samenwerkingsactiviteiten dekken, zoals de prestatie organisatie en infrastructuur voor de huisartsen/multidisciplinaire zorg en de prestatie voor algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (ADZ) voor Parkinsonzorg.

Dubbele bekostiging kan bij de inrichting van de mogelijkheden tot bekostiging worden vermeden door het maken van prestaties en/of tarieven waarin geen overlap zit of door bestaande prestaties en tarieven te schonen voor de samenwerkingscomponent. De NZa concludeert dat dit niet nodig zal zijn op de korte termijn, omdat de kosten (die met de nieuwe prestatie kunnen worden vergoed) nu, naar wordt aangenomen door IZA-partijen, nog niet worden gemaakt of verwaarloosbaar zijn. De nieuwe prestatie moet juist stimuleren dat uitvoering wordt gegeven aan de regioplannen in het kader van het IZA en dat daarvoor investeringen in samenwerkingsverbanden worden gedaan die nog niet eerder zijn voorgekomen.

De NZa wijst er daarnaast op dat dubbele bekostiging ook kan worden vermeden door de wijze van zorginkoop door zorgverzekeraars en verkoop door zorgaanbieders.

Voor de lange termijn wijst de NZa op de uitdaging om deze prestatie en eventuele soortgelijke andere prestaties blijvend in te kunnen passen in het geldende systeem van prestatie- en tariefregulering. Dit vanuit de wetenschap dat prestatie- en tariefregulering, tariefonderbouwing en kostenonderzoek, zich momenteel doorgaans niet richten op alle mogelijk te onderscheiden kostencomponenten die nodig zijn om een zorghandeling te verrichten.

Handhaving

Ten aanzien van de handhaving wijst de NZa erop dat de vormgeving van de prestatie erop is gericht om optimale ruimte te bieden aan professionals om gepaste zorg te leveren en dat relatief weinig harde normen

worden gesteld. Logisch gevolg hiervan is dat de mogelijkheden vanuit het toezicht op het gebied van rechtmatige levering van zorg beperkt zijn, omdat toezicht – en zeker handhaving – immers aan een norm toetsen. Ten aanzien van het toezicht op de verantwoording en risicoverevening door zorgverzekeraars merkt de NZa op dat van belang is dat zorgverzekeraars bij het maken van de regionale afspraken met zorgaanbieders al duidelijk kunnen verantwoorden welk deel van de financiële afspraak ten goede komt aan welk deel van de te leveren zorg.

Ten aanzien van de uitvoering door zorgaanbieders en zorgverzekeraars wijst de NZa erop dat de keuze is gemaakt om beperkt sturing te geven in landelijke richtlijnen om ruimte te geven aan afspraken die regionaal inhoudelijk sterk kunnen verschillen. En dat het gevolg daarvan is dat regionale partijen een zwaardere verantwoordelijkheid hebben om een zinvolle invulling te vinden en te geven en ook concrete afspraken te maken die ten dienste staan van de uitvoerbaarheid. Verwacht wordt dat de technische uitwerking van de afspraak per casus een uitdaging zal zijn. De NZa geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars ter bevordering van het op gang komen van de zorgprestatie de aanbeveling mee om afspraken te maken over bepaalde patiëntgroepen of manieren van samenwerking. De ervaring uit het beoordelen van regioplannen zou hierbij van pas kunnen komen.

Monitoring en evaluatie

De NZa wijst erop dat de praktijk zal moeten gaan uitwijzen waar exact de behoefte gaat liggen en hoe groot deze gaat worden. Ook meent de NZa dat het belangrijk is om de vinger aan de pols te houden ten aanzien van de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid.

De beoogde prestatie zal zowel inhoudelijk als qua vormgeving deels overlap kennen met al bestaande prestaties en raakt ook aan bekostigingsmogelijkheden die nog in ontwikkeling zijn. De NZa vindt het van belang om de komende periode inzichtelijk te krijgen in hoeverre het naast elkaar bestaan van deze inhoudelijk deels overlappende bekostigingsopties gaat bijdragen aan de in het IZA nagestreefde doelen. De NZa kan zich daarom goed vinden in het voornemen om de monitoring die bij introductie van deze prestatie hoort via twee sporen in te richten.

Ten eerste een constante vinger aan de pols waarbij de monitoring specifiek wordt gericht op de praktische invulling van deze prestatie. De evaluatie is dan vooral kwantitatief met daaraan gekoppeld een inventarisatie van knelpunten die men in de praktijk ervaart. De NZa suggereert om (de leden van) de IZA-werkgroep van waaruit de introductie van een prestatie voor patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning is geadviseerd, ook na introductie van de prestatie bij de voortgang te betrekken.

Ten tweede een meer kwalitatieve evaluatie in jaar 2 en 4 na inwerking-treding waarin de vraag centraal zou kunnen staan in hoeverre de verschillende bekostigingsopties nog bij de ontwikkelingen vanuit het IZA passen. Deze evaluatie zou dan niet alleen op de prestatie zijn gericht, maar ook op de samenhang van deze prestatie met andere tijdelijke en structurele bekostigingsopties voor samenwerking en coördinatie. Dit zou de opmaat kunnen zijn naar de structurele bekostigingsoptie na afloop van de experimentfase van vijf jaar. Daarnaast kunnen zowel de tussentijdse als de eindevaluatie aanleiding zijn om de prestatie te wijzigen of beëindigen.

Daarbij wijst de NZa erop dat op voorhand moeilijk meetbaar is wanneer de experimentbeleidsregel «succesvol» is, omdat een definitie van dit succes niet te geven is. De bij het IZA betrokken partijen zullen naar haar mening dan ook een grote rol moeten hebben in het oordeel of de prestatie in de experimentfase gebracht heeft wat werd beoogd.

Aanwijzing aan NZa conform conclusie uitvoerbaarheidstoets

Ik onderschrijf bovenstaande conclusies van de NZa en heb aandacht voor de uitvoerings- en handhaafbaarheidsaspecten die voortkomen uit de uitvoerbaarheidstoets van de NZa. Mijn voornemen is om de NZa een aanwijzing te geven om de beleidsregel «domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen Zvw-verzekerde zorg» conform haar advies vast te stellen en met ingang van 1 mei 2024 op te nemen in haar regelgeving.

4. Monitoring en evaluatie

Ik ben voornemens de NZa te vragen het gebruik van de experimentele prestatie als volgt te monitoren en evalueren:

Ten eerste zal ik de NZa vragen om een jaarlijkse rapportage met een globale kwantitatieve evaluatie van het gebruik van de prestatie met daaraan gekoppeld een algemene inventarisatie van knelpunten die men in de praktijk ervaart. Daarbij ligt voor de hand dat in ieder geval zal worden gerapporteerd over het aantal gevallen waarin gebruik is gemaakt van de prestatie, wat de omvang was van de bijbehorende budgetten, welke sectoren betrokken waren en voor welke bedragen de macrokaders van deze sectoren vanwege het gebruik van de prestatie zijn belast.

Ten tweede zal de NZa worden gevraagd om in de jaren 2 en 4 na inwerkingtreding van de prestatie te rapporteren over de uitkomsten van een meer kwalitatieve evaluatie. Centrale vraag van deze evaluaties zou moeten zijn in hoeverre de beoogde prestatie (de bekostiging van) patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg daadwerkelijk stimuleert en daarmee bijdraagt aan de met het IZA beoogde beweging naar passende en integrale gezondheidszorg in het regionaal verzorgingsgebied. Vanwege de genoemde mogelijke overlap met andere bestaande en in ontwikkeling zijnde prestaties voor afstemming van zorg en ondersteuning is het eveneens van belang om inzichtelijk te maken hoe de voorgestelde prestatie zich tot die bekostigingsmogelijkheden verhoudt. In dat verband zal ik de NZa vragen in ieder geval de volgende vragen te beantwoorden:

- Stelt de voorgestelde prestatie veldpartijen inderdaad in staat om invulling te geven aan regionale samenwerkingsverbanden die bijdragen aan samenhangende zorg en ondersteuning voor specifieke groepen verzekerden en komen afspraken daarmee makkelijker tot stand?
- Zijn veldpartijen voldoende op de hoogte van de mogelijkheden van de beoogde prestatie en benutten ze deze in situaties waar de inzet van deze prestatie voor de hand ligt?
- Sluiten het ontwerp van de beoogde prestatie en de gevolgen daarvan voor de bedrijfsvoering van betrokken zorgverzekeraars en zorgaanbieders goed aan bij de behoeften van veldpartijen?
- Welke andere risico's zijn eventueel aan het licht gekomen en hoe kunnen deze worden beheerst?
- Hoe proberen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de zorginkoop dubbele bekostiging tegen te gaan en hoe effectief is die inzet?
- Wat zijn de ervaringen met de inkoop door zorgverzekeraars naar aanleiding van deze prestatie?

- Wat zijn de ervaringen met samenwerking tussen zorgaanbieders ten behoeve van de inzet van deze prestatie?
- Wat zijn de ervaringen met de voor de inzet van de prestatie benodigde interactie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders?
- In hoeverre zorgt overlap van de prestatie met andere bekostigingsmogelijkheden voor afstemming van zorg en ondersteuning voor onduidelijkheden en knelpunten die wenselijke bewegingen in de weg staan en moet deze inrichting meer met elkaar in samenhang worden doorontwikkeld?
- In hoeverre draagt het naast elkaar bestaan van verschillende bekostigingsopties voor afstemming van zorg en ondersteuning bij aan de in het IZA nagestreefde doelen?
- Is een stroomlijning of vereenvoudiging van het palet aan bekostigingsmogelijkheden voor afstemming van zorg en ondersteuning nodig, wenselijk en mogelijk?
- Is het wenselijk om meer focus aan te brengen in de vormgeving van de prestaties voor afstemming van zorg en ondersteuning om meer gericht toe te werken naar een bepaald resultaat?
- Zijn er andere oplossingen nodig in de bekostiging van samenwerking in de zorg om de doelstellingen van het IZA dichterbij te brengen?
- Welk advies is mogelijk over de wenselijkheid van het continueren van de betaaltitel in het palet aan bekostigingsmogelijkheden voor afstemming van zorg en ondersteuning, gelet op de antwoorden op bovenstaande vragen? Welke voor- en nadelen zijn er en hoe kunnen deze worden gewogen? Wat zijn eventuele ideeën ten aanzien van (bijstelling van) de positionering of vormgeving van de prestatie?

Deze rapportages kunnen een opmaat zijn naar besluitvorming over structurele bekostiging van patiëntengroepsgerichte samenwerking na afloop van de experimentfase van vijf jaar.

Desgewenst kan de NZa (de leden van) de IZA werkgroep van waaruit de introductie van een prestatie voor patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning is geadviseerd bij (beide vormen van) de monitoring en evaluatie betrekken.

5. De zakelijke inhoud van de aanwijzing

Met deze aanwijzing zal ik de NZa opdragen om op grond van artikel 58 Wmg vanaf 1 mei 2024 in haar beleidsregels te voorzien in nieuw experiment over de bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke categorieën verzekerden binnen de Zvw. Het gaat hier om een

breed scala aan samenwerkingsafspraken en hiermee krijgen zorgaanbieders binnen een dergelijk experiment de mogelijkheid rechtstreeks te declareren wanneer het over samenwerking ten aanzien van afstemming van zorg en ondersteuning gaat.

Verder zal ik de NZa vragen de volgende uitgangspunten op te nemen in haar regelgeving:

- een generieke prestatiebeschrijving voor een experiment te ontwikkelen, waarbij het doel van het experiment is om door middel van deze prestatiebeschrijving zorgaanbieders de mogelijkheid te geven om invulling te geven aan (regionale) samenwerkingsverbanden die bijdragen aan samenhangende zorg en ondersteuning voor specifieke categorieën verzekerden;
- een prestatiebeschrijving te ontwikkelen met een vrij tarief waarbij lumpsum betalingsafspraken mogelijk zijn;

- een prestatiebeschrijving te ontwikkelen waarbij de zorgaanbieder de prestatie alleen in rekening kan brengen wanneer er een overeenkomst is met een zorgverzekeraar.

Voor wat betreft monitoring en evaluatie wordt er onderscheid gemaakt in een kwantitatief en kwalitatief deel. Binnen het kwantitatief deel gaat het om monitoren en evalueren met betrekking tot het gebruik van de prestatie met een daaraan gekoppelde inventarisatie van knelpunten die in de praktijk worden ervaren. In het kwalitatieve deel gaat het om de vraag in hoeverre de inwerkingtreding van de prestatiebeschrijving voor patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke categorieën verzekerden bijdraagt aan de in het IZA geschetste ontwikkelingen, hoe deze prestatiebeschrijving zich verhoudt tot overige bekostigingsmogelijkheden en hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de zorginkoop dubbele bekostiging proberen tegen te gaan.

Het experiment kent een looptijd van maximaal vijf jaar en eindigt daarmee op uiterlijk 1 mei 2029. De voortgang van het experiment zal ik naar aanleiding van (tussen)evaluaties regelmatig bespreken met de NZa. Het experiment zal tijdig en tijdens de uitvoering door de NZa worden gemonitord en geëvalueerd. Na evaluatie van de resultaten van de experimenten zal worden besloten of er reden is tot wijziging van regelgeving. De resultaten worden op termijn met uw Kamer gedeeld.

Ten slotte

Ik ben verheugd dat met ingang van 1 mei 2024 de bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke categorieën verzekerden via een experiment tot stand kan komen, zodat de samenwerking over de domeinen en medische sectoren kan worden versterkt.

Dit is een mooie stap die we gezamenlijk met IZA-partijen hebben kunnen zetten ter realisatie van de gemeenschappelijke opdracht om tot een passende wijze van bekostiging van samenwerking tussen aanbieders van zorg en ondersteuning over de domeinen en sectoren heen te komen.

De Minister voor Medische Zorg,
P.A. Dijkstra