AZWA

Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord

Samen sterker voor zorg
en welzijn

Dit is een uitgave van:
ActiZ
De Nederlandse ggz
Federatie Medisch Specialisten
GGD GHOR Nederland
InEen
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Landelijke Huisartsen Vereniging
MIND
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Nederlandse Zorgautoriteit
Patiëntenfederatie Nederland
Sociaal Werk Nederland
Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Zelfstandige Klinieken Nederland
Zorgthuisnl
Zorginstituut Nederland
Zorgverzekeraars Nederland
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

versie 1.0
Augustus 2025

Inhoudsopgave

1 Inleiding 6

2 Impact van de afspraken 11

3 Introductie op de AZWA afspraken 16

3.1 Afwenden prognose onbeheersbaar arbeidsmarkttekort 20

Inzet: Maximaal 20% administratietijd 20

A1 We ontlasten medewerkers door doorbraak projecten die regeldruk verminderen op te schalen 20

A2 We verminderen regeldruk als gevolg van machtigingen en aanvullende verklaringen 22

A3 We verminderen regeldruk als gevolg van (verschillen tussen) inkoop- en verantwoordingseisen 23

A4 We verminderen de tijd die medewerkers kwijt zijn aan administratie en diagnostiek door te beginnen met versnelde en verantwoorde inzet van generatieve en diagnostische AI 24

A5 We versnellen de implementatie van elektronische gegevensuitwisseling in de zorg 26

Inzet: De juiste inzet van medewerkers en vergroten vakmanschap 28

B1 Domeinoverstijgend indiceren, waarbij de minste arbeidsinzet uitgangspunt is 28

B2 We bevorderen de inzet van arbeidsbesparende medische technologie 30

B3 Versterken van de lerende omgeving: opleiden en ontwikkelen als vanzelfsprekendheid 32

B4 We ondersteunen medische preventie zoals vaccinaties als hiermee zorgvraag wordt voorkomen 35

3.2 Gelijkwaardigere toegang tot zorg 38

Inzet: Gelijkwaardigere toegang tot zorg tussen met name hoger opgeleiden die de weg beter kennen en mensen voor wie dat lastiger is *38*

C1 We zorgen dat mensen met urgente problemen sneller zorg ontvangen 38

C2 Naar één landelijke voorziening voor alle vragen rondom toegang en gebruik van digitale zorg 39

C3 Transparantie: actieve zorgbemiddeling mogelijk maken en inzicht in wachtlijsten verbeteren 41

C3a Transparantie wachttijden ggz (Zvw) en proactieve bemiddeling 41

C3b Transparantie wachttijden en proactieve bemiddeling msz 43

C4 Normeren/differentiëren: normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden verbeteren 47

C5 Thuisarts wordt structureel geborgd 48

C6 Verbeteren toegankelijkheid van de ggz 48

Palliatieve zorg

C7 Terminale palliatieve zorg en stervensbegeleiding kunnen ongehinderd worden geleverd 52

C8 Zorgverleners gaan vroegtijdig het gesprek aan met patiënten over de laatste fase van het leven 53

3.3 Beweging naar de voorkant 55

Inzet: Zorgvragers eerder en beter helpen (van 3e lijn tot in het sociaal domein) zodat ze minder snel een medische zorgvraag krijgen *55*

D1 Medisch-specialistische zorginstellingen werken samen in netwerken en zij verbinden hun aanbod via de regioplannen aan de zorgvraag 55

D2 De versterking van de eerstelijnszorg wordt structureel geborgd 57

D3 Huisartsen gaan standaard met een vaste patiëntenpopulatie werken 58

D4 Met (financieel) maatwerk in elke regio borgen we de duurzame continuïteit van de huisartsenzorg 59

D5 We versterken de samenwerking tussen partijen op het snijvlak (eerstelijns)zorgdomein en sociaal domein 60

D6 In het sociaal domein wordt een basisinfrastructuur ingericht ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten 64

D7 We zorgen voor voldoende participatie voor de invulling van avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten 66

3.4 Passende zorg 68

Inzet: Zorgmedewerkers inzetten op de meest effectieve zorg voor de meest urgente patiënten *68*

E1 We maken kwaliteitsinformatie transparant 68

E2 We realiseren impactvolle passende zorg door opschaling en contractering 70

E3 We dragen met professionele richtlijnen bij aan passende zorg en de transitiedoelen 72

E4 We zorgen dat iedereen een eerlijke bijdrage levert 74

E5 We verbeteren toegang tot bestaande geneesmiddelen voor patiënten 77

E6 We maken afspraken om fraude in de zorg te voorkomen, opsporen, stoppen en bestraffen 78

4 Financiën 81

Bijlage 1 89

Bijlage 2 91

Bijlage 3 93

5 Monitoring 94

Bijlage Monitoring 97

Bijlagen 99

Bijlage D5 100

Bijlage Werkagenda team Rijksoverheid 105

1 Inleiding

1 Inleiding

Partijen[1] geven met het **Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord** (AZWA) en het **Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg** (HLO) hun toewijding aan het gelijkwaardiger toegankelijk maken van de zorg in Nederland. En zetten zich in om tot en met 2028 het stijgende arbeidsmarkttekort met 100.000 personen lager uit te laten komen, dan anders het geval zou zijn geweest. Partijen staan samen voor het toegankelijk en betaalbaar houden van kwalitatief goede zorg en ondersteuning, nu en in de toekomst.

1. Aanleiding

Onze zorg is van onschatbare waarde en staat al langere tijd onder grote druk. Door de vergrijzing wordt de groep ouderen steeds groter terwijl ook hun gemiddelde leeftijd stijgt. Steeds meer mensen hebben bovendien meerdere aandoeningen. Technologische ontwikkelingen drijven de vraag naar zorg op, doordat zij zorgverleners in staat stellen patiënten beter te helpen. Verder neemt het gebruik van de jeugdzorg en de basis-ggz sterk toe, en vormen sociaaleconomische gezondheidsverschillen een hardnekkig probleem. Tot slot nemen de verwachtingen in de samenleving toe over wat de zorg moet bieden.[2]

Als we niets doen, stevenen we af op een harde tweedeling[3]. Aan de ene kant staan dan de mensen voor wie de zorg nog steeds beschikbaar is, omdat zij de weg kennen en over voldoende middelen beschikken. Aan de andere kant staan dan de mensen die niet over voldoende middelen beschikken en de weg niet kennen.

Toch is het onze professionals in zorg en welzijn gelukt de vergrijzing tot nu toe op te vangen en ons door de coronacrisis heen te leiden. We zijn hen daar zeer dankbaar voor. Maar de uitdaging waar we ook de komende jaren voor staan is volgens de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) groot. Zelfs als de arbeidsdeelname sterk zou stijgen, dan nog kan bij de verwachte omvang van de beroepsbevolking waarschijnlijk niet aan de toenemende arbeidsvraag voor de zorg worden voldaan. Bovendien leidt dit tot concurrentie om het schaarse personeel met andere (publieke) sectoren.[4] Dit maakt de personele houdbaarheid tot een urgenter probleem dan de betaalbaarheid.

Zorg is mensenwerk. Wat als er niet genoeg ambulanceverpleegkundigen zijn om uit te rukken in geval van nood, niet genoeg sociaal werkers zijn om mensen te ondersteunen, niet genoeg verzorgenden zijn om onze alleroudsten te helpen met medicijngebruik? Tegelijkertijd organiseren we zorg en welzijn juist door in de eerste instantie voor onszelf en elkaar iets te betekenen waar het gaat om zorg en welzijn. Daar waar dat niet voldoende is, dienen professionals in zorg en welzijn aan te vullen. Zorg en welzijn als onderdeel van het leven met gelijke toegang tot professionele ondersteuning daar waar dat nodig is.

Gelukkig gebeurt er al veel. Het Integraal Zorgakkoord (IZA), Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en (voorheen) programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) stimuleren initiatieven die bijdragen aan betere toegankelijkheid van zorg en ondersteuning en samenwerking in de regio.[5] Met betere kwaliteit voor de patiënt of cliënt én minder onnodige zorg als resultaat. Enkele voorbeelden zijn:

- **‘Passend behandelplan voor ouderen met kanker’**, waarbij het centraal stellen van kwaliteit van leven en samen beslissen leidt tot minder ongewenste ingrepen.

---

1 AZWA: ActiZ, De Nederlandse ggz (deNLggz), Federatie Medisch Specialisten (FMS), GGD GHOR Nederland, InEen, Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), MIND, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Patiëntenfederatie Nederland, Sociaal Werk Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorgthuisnl. Met betrokkenheid van; Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland.
HLO: ActiZ, Seniorencoalitie, VNG, Verenso, Zorgthuisnl, LOC, Patiëntenfederatie Nederland, Sociaal Werk Nederland, ZN en V&VN. Met betrokkenheid van NZa, het Zorginstituut, IGJ, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het CAK.

2 https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg

3 Stand van de zorg 2022 - Nederlandse Zorgautoriteit

4 In het Integraal Zorgakkoord is daarom afgesproken dat we 1 op de 6 werknemers in de zorg als uitgangspunt houden. We zullen dus met grofweg hetzelfde aantal mensen aan de groeiende zorgvraag moeten voldoen.

5 https://www.zorginstituutnederland.nl/passende-zorg/passende-zorgpraktijken

- **‘Welzijn op recept’**, waarbij de huisarts mensen met mentale klachten doorverwijst naar een welzijnscoach.
- **‘Spreiding en concentratie’;** regio’s en netwerken zijn aan de slag met de recent[6] vastgestelde volume-normen, waardoor 18 complexe behandelingen bij kanker en vaatziekten straks alleen nog uitgevoerd worden in ziekenhuizen die deze ingrepen vaak doen.
- **‘Verkennend gesprek bij psychische klachten’**, waarbij de huisarts vroegtijdig de hulp inroept van experts uit de geestelijke gezondheidszorg (ggz), het sociaal domein en ervaringsdeskundigen.
- De maatschappelijke dialoog **‘Praat vandaag over morgen’** die (jonge) ouderen oproept: praat over hoe je fit wilt blijven, hoe je wilt wonen en wat je voor elkaar kunt doen als er later hulp nodig is. Dit zodat zij zo lang mogelijk vitaal en zelfstandig kunnen blijven.
- Samen met het ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (VRO) is het programma ‘Wonen en Zorg voor ouderen’ vormgegeven. De woonopgave voor ouderen is becijferd op 290.000 extra woningen tot en met 2030.

We zijn op de goede weg en alle partijen willen door met de ingezette beweging. Tegelijkertijd moet en kan het nog beter.

2. Maatschappelijke opgave: toekomstbestendige toegankelijkheid

In Nederland moet **iedereen** als dat nodig is **gelijkwaardigere toegang** hebben tot goede en betaalbare zorg en ondersteuning. Ongeacht waar je woont, hoeveel geld je hebt of wat je aandoening is. Het wordt steeds lastiger om de groeiende zorgvraag op te vangen.[7] Inwoners merken dit aan lange wachttijden, het moeilijk vinden van de juiste hulp en hoge werkdruk bij zorgverleners. Zorg is mensenwerk en we moeten voorkomen dat het personeelstekort onbeheersbaar wordt. **Hoe blijven we nu en in de toekomst goed voor elkaar zorgen in onze samenleving?**

We willen daarom waar nodig de bestaande akkoorden verbreden, concretiseren, en intensiveren. Deze afspraken zijn aanvullend en bouwen voort op de beweging die reeds is ingezet met het IZA, GALA en WOZO. Wij als partijen hebben de ambitie om gezamenlijk de uitdagingen het hoofd te bieden. In dit akkoord staan daarom de **gelijkwaardigere toegang** tot zorg en welzijn en het **afwenden van het onbeheersbare arbeidsmarkttekort** centraal. Méér zorg en ondersteuning is niet altijd de oplossing. In plaats daarvan moeten we kijken naar slimme verschuivingen tussen en binnen sectoren en domeinen, en op zoek naar andere antwoorden die bijdragen aan de gezondheid van mensen én minder beroep doen op schaars personeel, zoals kunstmatige intelligentie en andere innovaties. Ook moeten patiënten, cliënten met zorg- en hulpverleners in gesprek blijven over de vraag of zorg nodig is en “Samen Beslissen” over de beste zorg voor die patiënt of cliënt gezien de persoonlijke situatie en context, met daarbij ook aandacht voor de laatste fase van het leven. Daarmee bereiken we gelijkwaardigere toegang tot de juiste zorg, met aandacht voor urgentie, op een mensgerichte manier. Juist voor de mensen die dat het meest nodig hebben.

Beweging naar gezondheid

Gezondheid is voor iedereen belangrijk: het is een bepalende factor voor ons geluk, de mate waarin we kunnen meedoen in de maatschappij en hoe zelfredzaam we zijn. Wanneer het nodig is, wil iedereen kunnen rekenen op goede, toegankelijke, betaalbare zorg en ondersteuning zo dichtbij mogelijk. Roken, overgewicht, te weinig bewegen, eenzaamheid en mentale klachten hebben een grote impact op de gezondheid en daarmee de ziektelast en zorgvraag. We streven naar een gezonde bevolking, waarbij we de sociaaleconomische gezondheidsachterstanden willen verminderen. Want er is ook daadkracht vanuit de maatschappij om hiermee aan de slag te gaan. Met aandacht voor preventie, een gezonde leefomgeving en met een sterk sociaal netwerk. **We blijven samen, ook als maatschappij, werken aan de beweging van zorg naar gezondheid en een gezond en actief leven voor iedereen.** We werken daarom samen met het sociaal domein en de publieke gezondheidszorg om mensen gezond te houden en aan een gelijkwaardige toegang tot welzijn en zorg, ongeacht waar je woont of hoeveel geld je hebt.

Focus op werkgeverschap en scholing

We hebben ook aandacht voor werkgeverschap en scholing. De zorg- en welzijnssector moet aantrekkelijk zijn en blijven om in te werken. Dat vraagt om goed arbeidsmarktbeleid, sterk werkgeverschap en nog betere scholing- en ontwikkelingsmogelijkheden. Alleen dan kunnen we voldoende mensen blijven boeien, binden en behouden voor de sector. Het borgen van autonomie, zeggenschap en verpleegkundig leiderschap zijn belangrijke factoren

6 Nieuwe afspraken over kankerzorg en vaatchirurgie | Nieuwsbericht | Zorginstituut Nederland
7 https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg

om mee aan de slag te gaan.[8] Ook blijft het relatief hoge ziekteverzuim in de sector een punt van aandacht. Een preventieve, data-gedreven verzuimaanpak met oog voor de menselijke factoren achter verzuim is essentieel om uitval van medewerkers te voorkomen.

Tot slot is voldoende financiële waardering van belang voor de aantrekkelijkheid van de sector. Uit verschillende beloningsonderzoeken[9] blijkt dat de marktconformiteit van de zorgsalarissen verschilt tussen verschillende zorgbranches en ook tussen verschillende groepen binnen dezelfde branche.

3. Samen ambitie tonen

Het anders inrichten van het werk – bijvoorbeeld via kunstmatige intelligentie en verminderen van administratieve lasten – en de inzet van passende zorg is keihard nodig om de goede zorg en ondersteuning toegankelijk te houden. We hebben dit concreet gemaakt in het volgende transitiedoel:

Transitiedoel 1: Het afwenden van het onbeheersbare arbeidsmarkttekort
De grootste bedreiging van gelijkwaardige toegang is het groeiende personeelstekort. **Het streefdoel is om tot en met 2028 het stijgende arbeidsmarkttekort met 100.000 personen lager uit te laten komen, dan anders het geval zou zijn geweest.**[10] Daarnaast blijven we inzetten op opleiden, instroom en behoud van personeel. Daarmee voorkomen we het onbeheersbare arbeidsmarkttekort en houden we de zorg toegankelijk.

Voor je gezondheid zou het niet uit moeten maken waar je woont, hoe hoog je inkomen is of welke aandoening je hebt. In de praktijk zien we echter grote verschillen tussen groepen mensen.[11] Met de ambitie tot gelijkwaardiger toegang van zorg en ondersteuning willen we helpen deze verschillen te verkleinen en de ervaren drempel voor gebruik te verlagen. Daarom hebben we een tweede transitiedoel geformuleerd:

Transitiedoel 2: gelijkwaardigere toegang
Mensen in Nederland moeten merken dat de **toegang tot passende zorg gelijkwaardiger wordt**, in het bijzonder voor mensen die nu een te hoge drempel ervaren. De inzet van partijen is om de wachttijden voor de toegang tot zorg voor iedereen binnen de daarvoor geschikte normen brengen.

Dat willen we onder andere bereiken door: transparantie over wachtlijsten en kwaliteit van zorg, de urgentie van de patiënt moet leidend zijn, zorg waar mogelijk dichtbij huis plaats te laten vinden, de beweging naar de voorkant te maken, netwerkzorg te realiseren, geneesmiddelen goed beschikbaar te hebben, de helpdesk digitale zorg goed te laten gebruiken, passende zorg te verbreden, gegevens breed en veilig uit te wisselen, zorgen voor een gelijk speelveld tussen aanbieders, Thuisarts te bestendigen en palliatieve en terminale zorg te borgen.

Juist (zeer) **kwetsbare ouderen** zijn afhankelijk van passende ondersteuning en zorg. Zij moeten erop kunnen vertrouwen dat er passende ondersteuning en zorg voor hen is, thuis en als dat nodig en gewenst is in een verpleeghuis of ziekenhuis. Het eerste doel geldt ook voor het HLO. Daarom is in het HLO het tweede transitiedoel van AZWA over de gelijkwaardigere toegang vertaald in een doelstelling die hierop aansluit.

8 Zie ook motie Claassen c.s. Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 29 282, nr. 598
9 Het gaat om “Arbeidsvoorwaarden Zorgsectoren”, november 2023 van SEO en “Beloningen in de zorg, update”, oktober 2023 van AWVN. Zie; www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/12/14/kamerbrief-over-beloning-in-zorg-en-welzijn.
10 Als de huidige beleidsarme trends zich voortzetten zijn er tot en met eind 2028 circa 130.000 extra werknemers nodig om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen. Maar zijn deze mensen er de komende jaren? Het CPB berekende in het CEP 2025 dat het arbeidsaanbod economie-breed stijgt van 10,7 miljoen eind 2024 naar 10,95 miljoen eind 2028, een stijging van 2,25%. Uitgaande van een vergelijkbare stijging in zorg en welzijn (d.w.z. handhaven aandeel van de zorg in de totale arbeidsmarkt van 1 op 6,4), zal de groei van het arbeidsaanbod voor zorg en welzijn beperkt blijven tot circa 30.000 personen. Om de groei van de arbeidsvraag en het arbeidsaanbod in evenwicht te brengen, zal de groei van de arbeidsvraag met 100.000 personen moeten worden verlaagd tot en met 2028 (minder meer). Deze verlaging vertaalt zich - ceteris paribus - in een vermindering van het arbeidsmarkttekort met 100.000 personen.
11 Zie bijvoorbeeld https://esb.nu/arme-mensen-verouderen-sneller-door-hun-omgeving

Zorgplicht
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderkent het belang van de afspraken in dit AZWA ten aanzien van het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars alles doen wat binnen hun mogelijkheden ligt om te komen tot tijdige en passende zorg. Daarbij houdt de NZa in het toezicht redelijkerwijs rekening met wat verwacht of mogelijk geacht kan worden van de zorgverzekeraars in relatie tot de stijgende zorgvraag en de situatie op de arbeidsmarkt.

Samen creëren we een doorbraak
Om deze doelen tijdig te kunnen realiseren moet het tempo van de transformatie van zorg en welzijn fors omhoog, de samenhang moet worden versterkt en de focus worden verbreed. Hiervoor zien we momentum. Overal bruist het van de ideeën en initiatieven om onze zorg en welzijn in de benen te houden en te verbeteren.

De ondertekenende partijen willen meer impact realiseren op deze transitiedoelen en zijn gecommitteerd om hier samen aan te werken. Dit doen we door in het AZWA aanvullende afspraken te maken boven op de bestaande IZA- (en deels GALA-) afspraken, deze zorgvuldig te monitoren en te realiseren. Dit bouwt voort op de beweging die in de praktijk al aan de gang is en sluit aan op het programma WOZO.

Extra aandacht voor ouderen is urgent vanwege de demografische ontwikkelingen. Er komen meer ouderen terwijl het aantal zorgverleners niet evenredig toeneemt. Het HLO heeft in de periode 2025-2028 een focus op de Wlz-verzekerde zorg. Daarnaast wordt voorzien in een fundamentele verkenning van wijze waarop de ondersteuning en zorg voor ouderen nu in de verschillende wetten is geregeld (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz)).

Ook wonen er jongere mensen in verpleeghuizen (zoals mensen met het syndroom van Korsakov of jonge mensen met dementie), die voordeel kunnen hebben van de uitwerking van het HLO. Tegelijkertijd kunnen te zijner tijd de lessen die worden geleerd bij de uitvoering van het HLO, worden vertaald naar de andere groepen in de Wlz (cliënten met een beperking of een psychiatrische aandoening). Immers ook voor de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz gelden er uitdagingen met betrekking tot beschikbaarheid van zorgverleners.



2 Impact van de afspraken

2 Impact van de afspraken

Ambitie en commitment: mensen vrijspelen voor de zorg
Partijen hebben een ambitieuze doelstelling afgesproken om het stijgende arbeidsmarkttekort met 100.000 personen lager uit te laten komen in 2028 dan het geval was geweest wanneer geen maatregelen zouden zijn genomen. Om die reden committeren partijen zich met dit akkoord aan de diverse afspraken die daaraan bijdragen. Partijen verwachten de grootste ambitie qua arbeidsbesparing door het opschalen van passende zorg, het verbeteren van inzicht in de wachtlijsten, de vermindering van administratieve lasten, en het versnellen van gegevensuitwisseling en de inzet van kunstmatige intelligentie. Qua domeinen en sectoren verwachten we een aanzienlijke bijdrage door het sociaal domein te versterken en zo zorgvraag te voorkomen en een pakket aan maatregelen die de belasting in de ggz moet verlagen.

Voor het AZWA hebben we de ambitie om een potentiële arbeidsbesparing te realiseren van minimaal 40.000 personen, als deel van het hele transitiedoel van 100.000 personen.

Impactanalyse door KPMG
In het kader van het eerste transitiedoel – om het stijgende arbeidsmarkttekort met 100.000 personen lager uit te laten komen in 2028 – hebben partijen afgesproken de zorgakkoorden te analyseren op de verwachte impact en potentie van de conceptafspraken. VWS heeft daartoe twee opdrachten verstrekt: 1) een analyse gericht op het AZWA, en 2) een analyse van de afspraken binnen het HLO. De analyses zijn uitgevoerd op basis van conceptafspraken en lopende onderhandelingen. Het definitieve akkoord is niet meegenomen. De analyses zijn bedoeld als inzicht in de potentiële arbeidsbesparing en hebben bij de uitwerking als referentiepunt gediend.

De maatregelen hebben potentieel veel impact…
Het primaire doel van de analyses is om een indicatief beeld te verkrijgen van de mogelijke arbeidsbesparende effecten van de voorgenomen maatregelen in het AZWA. De analyses zijn gebaseerd op drie scenario's: laag, gemiddeld en hoog.

1) Uit de analyse van **AZWA-afspraken** concludeert KPMG dat met name de volgende vier categorieën de grootste potentiële arbeidsbesparing opleveren: de inzet van kunstmatige intelligentie (AI) en technologische innovatie, beperking van administratieve lasten, inbedding en opschaling van passende zorg-initiatieven en de verbeterde toegang tot geneesmiddelen. Daarnaast is er nog een restcategorie van zes kleinere, maar relevante afspraken opgenomen. In het midden-scenario resulteert dit in een potentiële arbeidsbesparing van circa 20.500 werknemers.
2) Voor de **HLO-afspraken** tonen de resultaten een vergelijkbare verdeling qua impact. De vier categorieën met de meeste potentie zijn: inzet van AI en technologische innovatie, beperking van administratieve lasten, inbedding en opschaling van passende zorg-initiatieven, en versterking van zelfstandigheid en inzet van informele zorg. In het midden-scenario wordt hier een potentiële arbeidsbesparing van circa 50.500 werknemers voorzien.

Gezamenlijk leveren de geanalyseerde conceptafspraken een geschatte arbeidsbesparing op van circa **37.000 werknemers in het lage scenario tot circa 125.000 werknemers in het hoge scenario**.
De grootste potentiële bijdrage komt daarbij consistent van afspraken over AI en technologische innovatie.

… als de juiste randvoorwaarden worden neergezet
De rapporten benadrukken dat de geconstateerde potentie niet automatisch leidt tot realisatie. De effectiviteit van de maatregelen hangt sterk af van de aanwezigheid en invulling van kritieke randvoorwaarden, zoals scholing en training van personeel, voldoende investeringsruimte, en goede samenwerking tussen zorgaanbieders, financiers en andere betrokken partijen. Bovendien zijn mogelijke neveneffecten zoals een initiële stijging van de werkdruk of weerstand tegen veranderingen meegenomen in de analyse. Deze kunnen de effectiviteit op korte termijn beïnvloeden.

De resultaten onderstrepen de noodzaak van aanvullende afspraken én het belang van ondersteunende randvoorwaarden om deze potentie te realiseren. Hoewel de scenario's laten zien dat het transitiedoel op termijn haalbaar zou kunnen zijn, moeten de resultaten met zorgvuldigheid en realiteitszin worden geïnterpreteerd. Verdere monitoring en evaluatie zijn essentieel om bij te sturen tijdens de implementatie.

Toelichting meest impactvolle afspraken AZWA
Hieronder geven we voor de meest impactvolle afspraken een toelichting over de bestuurlijk gewogen ambitie en commitment die we ermee willen vervullen. Daarbij baseren we ons op de impactanalyse en met name het 'hoge scenario', maar wijken we waar wenselijk onderbouwd af. Ook staan we specifiek stil bij de benodigde randvoorwaarden van deze afspraken gezien de analyse van KPMG.

Inbedding en opschaling van passende zorg-initiatieven
Passende zorg kan zowel leiden tot minder zorgvraag als tot minder zware zorg bij dezelfde vraag. Voorbeelden hiervan uit de curatieve zorg zijn bijvoorbeeld een operatie niet langer tijdens een klinische opname verrichten, maar in dagbehandeling wanneer dit veilig kan. Op basis van de KPMG-impactanalyse is de potentiële besparing in het hoge scenario circa 5.000 werknemers, dit is op basis van opschaling van drie passende zorgpraktijken. In het AZWA is gekomen tot de afspraak (E2) dat iedere sector jaarlijks impactvolle voorbeelden van initiatieven die tot passende zorg leiden, oplevert én selectie plaatsvindt, ten behoeve van de opschaling. Zorgaanbieders en zorgprofessionals zullen (intern) gelijkgericht werken en verzekeraars zullen in het contracteerbeleid als het gaat om impactvolle passende zorg congruent handelen. De ambitie is dat deze afspraak daarom – met een of meerdere initiatieven, voor de diverse sectoren – voor een arbeidsbesparing van circa 20.000 personen zorgt. In afspraak E1, E2, en E3 wordt ook nader ingegaan op de randvoorwaarden voor het realiseren van impactvolle passende zorginitiatieven door opschaling én contractering, continue evaluatie, implementatie in richtlijnen en in de dagelijkse praktijk.

Inzet van kunstmatige intelligentie (AI) en technologische innovatie
AI zal worden ingezet om het werk voor zorg- en welzijnsprofessionals plezieriger en efficiënter te maken. Op het gebied van kunstmatige intelligentie is een grote impact mogelijk. In het hoogste scenario is er dan ook een potentiële besparing van circa 18.500 personen op basis van de impactanalyse. Technologische innovaties kunnen daarnaast medewerkers ondersteunen en hen ontlasten, of de zorgvraag van patiënten verminderen en autonomie vergroten. Op deze dossiers is de implementatie – met name gezien de nodige vervulling van randvoorwaarden – een uitdaging. Zo vergt het investeringen in scholing en digitale infrastructuren, maatschappelijke acceptatie en duidelijke wet- en regelgeving, en een inzet op verandering binnen zorginstelling die schaal afhankelijk meer of minder moeilijk zal kunnen plaatsvinden. In het AZWA hebben we hierover duidelijke afspraken gemaakt, maar zijn nog niet alle randvoorwaarden concreet ingevuld. Deze aanvullende afspraken met bijbehorende randvoorwaarden invullen volgt in de uitwerking van het akkoord zoals opgenomen in verschillende procesafspraken. Dit maakt dat het hoge scenario met een tijdlijn tot en met 2028 onwaarschijnlijk wordt geacht. Voor dit onderwerp is daarom gekozen voor een ambitie met een **arbeidsbesparing van minimaal 8.000 personen** passend bij de huidige tijdlijnen.

Administratieve lasten verlagen en gegevensuitwisseling verbeteren
We versnellen door middel van een landelijke strategie de implementatie van de IZA-afspraken op de doelstelling 'Elektronische gegevensuitwisseling is de standaard in de zorg' en de implementatie van de nieuwe Europese Verordening EHDS[12]. Daarmee creëren we een solide basis voor verdere realisatie van het gezondheidsinformatiestelsel. Daarnaast verminderen we de administratietijd tot maximaal 20 procent om een belangrijke bijdrage te leveren aan het afwenden van het onbeheersbare arbeidsmarkttekort. Beperking van administratieve lasten kan bijvoorbeeld door het afschaffen van onnodige machtigingen, het wegnemen van verantwoordingseisen voor verzekeraars bij zorginkoop, en domeinoverstijgend indiceren (zie afspraak A1-A5). De belangrijkste randvoorwaarden die hiervoor gelden zijn dat voor de implementatie van de gewenste stappen alle partijen bij de besluitvorming, uitvoering en evaluatie van de maatregelen actief worden betrokken. Op basis van het hoge scenario en de ambitie op het vlak van administratietijd, ambiëren we met deze afspraken een **arbeidsbesparing van circa 5.000 werknemers**.

[12] European Health Data Space

Beweging naar de voorkant

Onze inzet is om mensen gezonder te houden en zorg- en ondersteuningsvragers eerder en beter te helpen zodat ze minder snel een medische zorgvraag krijgen en zorgvraag te voorkomen. Uit recent onderzoek[13] blijkt dat een grotere inzet op sociaal werk de krapte op de zorgarbeidsmarkt in potentie kan verkleinen. En met “reablement” (zorg dat i.p.v. zorg voor) kan het tekort aan zorgpersoneel in potentie met 12% worden teruggedrongen en een grotere rol voor informele zorgverleners kan het tekort in potentie met 14% doen dalen.[14] De beweging naar de voorkant hangt ook samen met de ingezette versterking van de eerste lijn. Op basis van de inzet op het gebied van preventie, versterking van de eerstelijn en sociaal domein is de verwachting dat deze maatregelen opgeteld in het hoge scenario ook een nodige bijdrage kunnen leveren aan het transitiedoel door het voorkomen, verminderen en verlichten van toekomstige zorgvraag. Onze ambitie is daarom dat de beweging naar de voorkant een **arbeidsbesparing geeft van minimaal 4.000 personen**.

Leveren eerlijke bijdrage, toegankelijkheid en fraudebestrijding

Het is van groot belang dat alle zorgaanbieders en zorgverleners een reële bijdrage leveren aan de gewenste ontwikkeling in de richting waar de zorg voor staat. Dit gezien de enorme opgave die voor ons ligt, te weten een toegankelijker zorglandschap en beheersing van de arbeidsmarktproblematiek. Hoewel verreweg het grootste deel van de zorgaanbieders en zorgverleners met de beste intenties goed werk verrichten, trekt een sector waar veel geld in omgaat ook mensen met kwalijke bedoelingen aan. Het is nog te gemakkelijk om met slechte intenties een zorgbedrijf te starten of frauderende praktijken voort te zetten. Fraude en zorgverwaarlozing zijn nauw met elkaar verbonden.

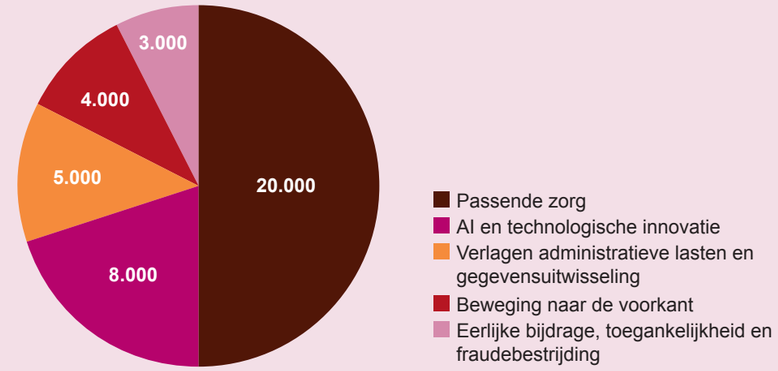
Daarnaast verwachten we veel van het mogelijk maken van actieve zorgbemiddeling en verbeterd inzicht in wachtlijsten in de medisch-specialistische zorg (msz) en ggz. Accurate wachtlijsten helpen verzekeraars om hun eigen verzekerden – indien gewenst – bij een te lange wachttijd te bemiddelen naar een zorgaanbieder met een kortere wachttijd.

Specifiek voor de ggz zorgen we met een set afspraken ervoor dat patiënten die zorg het hardst nodig hebben deze sneller kunnen ontvangen. We gaan binnen de ggz meer mensen en middelen inzetten voor mensen met complexe problematiek en minder voor de lichtere zorg. Dit doen we onder andere door meer inzet van hybride- en groepsbehandeling daar waar dat passend is, zonder dat er kwaliteitsverlies optreedt. We gaan het bovendien makkelijker maken voor huisartsen en het sociaal domein om laagdrempelig te schakelen met de ggz. Dat kan net het verschil maken waardoor verzekerden sneller op de juiste manier geholpen kunnen worden en waardoor doorverwijzing naar de ggz mogelijk voorkomen wordt. Als het gaat om de afspraken rond de ggz, is het doel dat in 2028 alle patiënten binnen de herijkte Treeknorm geestelijke gezondheidszorg ontvangen.

Voor afspraken op gebied van wachtlijsten, toegankelijkheid ggz, het leveren van een eerlijke bijdrage en fraude (zie afspraak C3, C6, E4 en E6) zijn geen impactanalyses uitgevoerd. De ambitie is om met deze overige aanvullende afspraken **het laatste deel van de arbeidsbesparing van circa 3.000 personen** van het transitiedoel, welke voor rekening komt van het AZWA, te kunnen invullen.

[13] Inzetten op de potentie van sociaal werk – alternatieve scenario’s, ABF, november 2024
[14] Arbeidsmarkt zorg en Welzijn 2033, Eindrapportage toekomstscenario’s, AZW, mei 2024

Ambitie vervolgafspraken AZWA
arbeidsbesparing 40.000 personen



Uitvoering, monitoring en verantwoording

Uiteindelijk valt of staat het halen van het hele voorgenomen transitiedoel met de verdere invulling van de randvoorwaarden in de uitvoering (waar dit niet al in de afspraken is afgerond) en de daadwerkelijke opschaling. Dit vraagt om een behulpzame volgmethodiek vanuit de monitoring, maar ook een doorontwikkeling van de governance om als partijen elkaar beter te kunnen aanspreken op het voldoen aan gemaakte afspraken. Hiervoor verwijzen we naar de specifieke tijdlijnen rondom de invulling van randvoorwaarden in de betreffende afspraken en de monitoringsparagraaf voor het volgen van de voortgang van de gemaakte afspraken. Monitoring en de invulling van de randvoorwaarden komen terug als agendapunt op het eerste bestuurlijke overleg.

3 Introductie op de AZWA afspraken

3 Introductie op de AZWA afspraken

Onze zorg is van grote waarde. Iedereen moet erop kunnen rekenen dat zorg en ondersteuning beschikbaar zijn als dat nodig is. Maar op dit moment staat de zorg onder druk. Professionals in zorg en welzijn merken dagelijks de schaarste aan collega's en de wachttijden worden langer. Dat is niet goed. Zorg is geen luxe – zorg is van levensbelang.

Willen we de zorg aan de kwetsbaarste inwoners, in tijden van schaarse middelen en menskracht, blijven geven, dan vraagt dit iets van de maatschappij én van zorg- en welzijnsorganisaties. Van de maatschappij verwachten we (meer) gepast gebruik van de zorg. Denk hierbij aan het voorkomen van zorg (moet ik deze vraag aan de zorg stellen?), het versterken van zelfzorg (wat kan ik zelf doen?) en de actieve inzet van burgers en ervaringsdeskundigen (wat kan ik doen om de anderen te helpen?). Maar de maatschappij mag ook iets verwachten van ons, namelijk dat we zorg en welzijn zo organiseren dat deze voor iedereen die dat nodig heeft toegankelijk zijn.

Om dat te bereiken hebben we in september 2022 met veertien partijen het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten. Daarbij hebben we nu drie extra partijen betrokken: Sociaal Werk Nederland, GGD GHOR Nederland en MIND. Zij onderschrijven de afspraken in het IZA en werken graag mee aan deze aanvullende afspraken. Hiermee hebben we de brede beweging ingezet naar passende zorg, naar samenwerking in de regio en naar een stap naar meer focus op gezondheid in plaats van ziekte. Nu, bijna drie jaar later, zien we dat de beweging werkt, maar ook dat er nog een tandje bij kan en moet. Daarom maken we in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) afspraken om de IZA-beweging die we met elkaar hebben ingezet te versnellen en te versterken.

Wat willen we bereiken met dit nieuwe akkoord?

Dit akkoord richt zich vooral op twee grote doelen:

1. Het personeelstekort in de zorg verminderen.
   We gaan bijdragen om het tekort in de zorg in 2028 met 100.000 mensen lager uit te laten komen dan wanneer we niets zouden doen. Zo kunnen mensen op tijd de hulp krijgen die ze nodig hebben.
2. Zorg gelijkwaardiger toegankelijk maken en beter bereikbaar.
   Vooral voor mensen die nu niet goed of niet tijdig worden geholpen en/of de weg naar de zorg en welzijn minder goed weten te vinden, zoals mensen met een laag inkomen, ouderen of mensen met een beperking.

Hoe gaan we dat doen?

We willen geen extra papierwerk of eindeloze proefprojecten. Wat we wél willen: praktische oplossingen die écht werken. Direct aan de slag, vertrouwen in het vakmanschap van professionals, meer aandacht voor mensen en minder gedoe.

Goede zorg begint in de wijk

Gezondheid begint niet pas bij de huisarts of in het ziekenhuis, maar in je eigen buurt. In een veilige wijk, waar mensen kunnen bewegen, gezond eten en een sociaal netwerk hebben. Met het IZA hebben we daarom ingezet op preventie en op samenwerking tussen zorg en welzijn de 'beweging naar de voorkant', die verder is uitgewerkt in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

In het AZWA versterken we deze beweging. We investeren bijna € 400 miljoen structureel in voorzieningen op het snijvlak van het sociaal, verpleegkundig en medisch domein. Zo komen er in elke gemeente of regio Integrale Gezinspoli's, die kwetsbare zwangeren en (jonge) gezinnen ondersteunen en laagdrempelige steunpunten voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Daarnaast worden in elke gemeente afspraken gemaakt tussen huisartsen en sociaal domein om bijvoorbeeld mensen met psychosociale problematiek goed te kunnen helpen.

Ook zetten we in op preventie. Zo kunnen mensen van zestig jaar en ouder zich vanaf 2027 laten vaccineren tegen gordelroos: dit kan duizenden huisartsbezoeken per jaar schelen.

Een sterkere eerstelijn

Onder de vlag van het IZA is de afgelopen jaren een visie op de eerstelijnszorg ontwikkeld. Met het AZWA zorgen we dat deze visie werkelijkheid wordt. In alle regio's komen hechte wijkverbanden en regionale eerstelijnssamenwerkingsverbanden om het voor zorg- en welzijnsprofessionals makkelijker te maken goed samen te werken. Hierdoor kunnen zorg en ondersteuning voor mensen beter geregeld worden. Ook gaan verzekeraars gericht investeren in regio's en wijken waar de (verwachte) tekorten aan huisartsenzorg het grootst zijn en waar deze investeringen de meeste impact hebben. En er komt een systeem dat laat zien waar huisartsen nog nieuwe patiënten kunnen aannemen. Zo krijgt iedereen een vaste huisarts.

Om mensen meer regie te geven wanneer zij vragen hebben over hun gezondheid, investeren we ook in handige hulpmiddelen zoals Thuisarts. Daarnaast komt er een landelijke helpdesk voor vragen over digitale zorg. Zo maken we zorg beter vindbaar en begrijpelijk voor iedereen.

Sneller en betere hulp voor wie dat nodig heeft

In het IZA zijn al afspraken gemaakt over de inrichting van het zorglandschap en samenwerking in de regio, met als doel de toegang tot zorg te verbeteren. We gaan nu nog een stapje verder. Ziekenhuizen en ggz-instellingen gaan laten zien hoe lang hun wachttijden zijn. Zo weten mensen waar ze snel terecht kunnen. Zorgverzekeraars gaan actiever bemiddelen. Het is belangrijk dat er overal in Nederland goede basiszorg blijft, ook in kleine ziekenhuizen. Daarom maken we afspraken om deze ziekenhuizen te behouden. Ook zorgen we voor eerlijke betaling van zorgaanbieders en verbeteren we de toegang tot medicijnen.

Ook maken we de regels makkelijker. Bijvoorbeeld: we werken toe naar een landelijke opschaling van gezamenlijke indicatiestellingen tussen de Zvw (wijkverpleging) en Wmo (hulpmiddelen). De wijkverpleegkundige krijgt een centrale rol en zal ook gaan indiceren voor hulpmiddelen vanuit de Wmo. Daardoor hoeven mensen niet meer van het ene loket naar het andere. Dat bespaart tijd, voor de zorgverleners én voor de patiënt. Daarnaast spelen we met dit AZWA meer behandelcapaciteit voor mensen met een ernstige ggz-vraag vrij, bijvoorbeeld door voor lichtere vormen van ggz-zorg in te zetten op groepsbehandelingen, digitale/hybride zorg of het beperken van de behandelduur.

Beter zorgen voor de zorgverleners

Het is cruciaal dat zorgverleners hun werk kunnen doen en kunnen bepalen hoe ze dit doen. In het IZA hebben we al afspraken gemaakt om de regie en zeggenschap over hun werk te versterken en de regeldruk te verminderen. Met deze aanvullende afspraken schaffen we onnodig belastende machtigingen af en schalen (regeldruk)initiatieven, die nu al bewezen goed werken, op. Zodat professionals maximaal 20% van hun tijd kwijt zijn aan administratie.

Ook zetten we vol in op technologie die professionals in zorg en welzijn ondersteunt, zoals kunstmatige intelligentie (AI) en slimme medische hulpmiddelen. Er komt in 2027 en 2028 € 400 miljoen beschikbaar voor projecten die zorg- en welzijnsverleners ontlasten. Daarnaast stellen we structureel € 185 miljoen beschikbaar voor opleiden en ontwikkelen voor zorg- en welzijnsprofessionals buiten het ziekenhuis.

Tijd voor actie – voor zorg die werkt

Met dit akkoord committeren we ons om te doen wat nodig is om de IZA-beweging te versterken en versnellen. Met acties die het verschil maken. Voor betere zorg, nu en in de toekomst. Voor iedereen, overal in Nederland. Alle afspraken in dit akkoord dienen zowel inhoudelijk als financieel te allen tijde in onderlinge samenhang te worden bekeken. Indien als gevolg van een wijziging van de (politieke) context de omstandigheden wijzigen, dan worden alle afspraken opnieuw integraal op haalbaarheid en uitvoerbaarheid beoordeeld.

Leeswijzer

In dit akkoord maken wij meerdere afspraken met elkaar om eerder beschreven doelen te bereiken. Die hebben we onderverdeeld in verschillende blokken A tot en met E (zie inhoudsopgave). Onderstaande geeft een beschrijving wat we per blok met deze set afspraken ambiëren te bereiken voor inwoners en patiënten.

Blok A/B: Steeds meer mensen hebben zorg nodig. Maar er werken niet steeds meer mensen in zorg en welzijn. Daardoor is er een personeelstekort ontstaan. Dat neemt de komende jaren nog toe. Deze afspraken moeten het tekort verminderen. Om zo patiënten die zorg nodig hebben toch tijdig en goed te kunnen helpen.

Blok C: Iedereen heeft recht op goede zorg. Het mag niet uitmaken waar je woont, hoeveel geld je hebt en of je de weg weet in de zorg. Wat wel uitmaakt is hoe urgent je situatie is. Je moet de zorg krijgen die je nodig hebt. Iedere inwoner en patiënt krijgt gelijke toegang tot zorg.

Blok D: Mensen die hulp nodig hebben, moeten eerder hulp krijgen. En betere hulp. Zodat je als inwoner en patiënt beter en eerder terechtkomt op de juiste plek om geholpen te worden. Om gezond te blijven en minder snel (complexere) medische zorg nodig hebt.

Blok E: Je krijgt als patiënt toegang tot beter passende zorg. Zorginstellingen zijn daarvoor transparant over kwaliteitsverschillen, professionals dragen zorg voor richtlijnen die passende zorg ondersteunen en goede passende zorg initiatieven schalen op. Medicijntekorten en fraude in de zorg worden bestreden.

3.1 Afwenden prognose onbeheersbaar arbeidsmarkttekort

Inzet: Maximaal 20% administratietijd

We verminderen de regeldruk
We verminderen de administratietijd per 2030 tot maximaal 20% van de werktijd van een zorgverlener. Dit doen we onder andere door doorbraakprojecten die regeldruk verminderen op te schalen, regeldruk als gevolg van machtigingen, aanvullende verklaringen en inkoop- en verantwoordingseisen te verminderen en het gebruik van AI en gegevensuitwisseling op een verantwoorde manier te versnellen. Uiteraard mag de transparantie voor de patiënt hierbij niet verloren gaan. Cliënten hebben het recht om te weten wat verschillen in uitkomsten in kwaliteit van zorg tussen zorgaanbieders zijn om een keuze te kunnen maken voor de zorgaanbieder die het beste bij de cliënt past.

Door de administratietijd te verminderen tot maximaal 20% wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan het afwenden van het onbeheersbare arbeidsmarkttekort met 100.000 personen door de arbeidstijd van zorgprofessionals vrij te spelen. Om dit te bereiken is er gestructureerde aandacht nodig, binnen het bestuur en bij de staf van iedere zorginstelling. In iedere organisatie moet duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor het thema regeldruk en het realiseren van die maximaal 20% administratietijd.

Binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk werken IZA-partijen, aangevuld met enkele andere leden, onder leiding van de speciaal gezanten regeldruk, samen aan de werkagenda. De IGJ, NZa, het Zorginstituut en VWS dragen hieraan bij middels hun werkagenda. De aanvullende afspraken in dit akkoord zijn een versnelling op onderwerpen van de werkagenda van de Regiegroep. De communicatie over goede voorbeelden verloopt via [Ont]Regel de Zorg.

Partijen nemen van het doel van maximaal 20% administratielast binnen alle domeinen op in de regionale IZA-agenda's. Doorbraakprojecten leveren een concreet en merkbaar effect op zinnige en beperkte administratieve lasten in dagelijkse praktijk van zorgverleners.

Tot slot benadrukken partijen dat de overige afspraken in Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord onder aan de streep niet tot een toename van administratieve lasten mogen leiden. De regeldrukeffecten van de afspraken in dit akkoord zijn kwalitatief in kaart gebracht en worden per afspraak toegelicht. Bij de verdere uitwerking van de afspraken is expliciet aandacht voor de regeldrukeffecten, bijvoorbeeld door het doen van praktijkchecks met zorgprofessionals en uitvoeringstoetsen.

A1 We ontlasten medewerkers door doorbraakprojecten die regeldruk verminderen op te schalen

Regeldruk

Wat is de afspraak:
Opschalen van succesvolle doorbraakprojecten met behoud van kwaliteit van zorg.

Wie gaat wat doen:
- Om succesvolle opschaling van doorbraakprojecten mogelijk te maken is het cruciaal om de dagelijkse werkpraktijk van zorgprofessionals als vertrekpunt te nemen. Daarom hebben zorgprofessionals een centrale rol in de uitvoering van deze afspraken.
- In 2025 worden onderstaande projecten opgestart. Twee daarvan, de verkeerde beddenproblematiek en landelijk opschalen werkende principes ZIRE, meer in detail toegelicht. De overige projecten worden nader uitgewerkt en uitgevoerd. Bij succesvolle implementatie worden door professionals met de Regiegroep nieuwe doorbraakprojecten vastgesteld om landelijk op te pakken en op te schalen.
- De regio heeft een belangrijke rol bij de uitvoering van deze afspraak. IZA-regio's nemen de opschaling van doorbraakprojecten op in de regionale agenda en stellen lastenluw incidentele middelen ter beschikking voor de inzet en ondersteuning van zorgprofessionals bij deze projecten.
- Voor het uitvoeren van de projecten richten de betrokken landelijke partijen een klein programmateam op voor de ondersteuning van de organisaties of regio's bij de ontwikkeling van hun aanpak.
- In de aanpak wordt de regeldruk in beeld gebracht en belemmerende werkwijzen, verantwoordings- of inkoopafspraken, wet- of regelgeving aangepast. Resultaten worden via de Regiegroep gedeeld in BO IZA/AZWA.
- Indien partijen er onderling niet uitkomen, geldt de reguliere escalatieladder van de Regiegroep Aanpak Regeldruk.

Doorbraakprojecten:
1. **Verkeerde beddenproblematiek:** Dagelijks kost dit knelpunt veel regeltijd van veel zorgprofessionals en organisaties en leidt het tot niet-passende zorg. Het vraagstuk raakt zowel aan administratie zoals het uniformeren en begrenzen van uitvragen van verpleeghuizen als aan de regelgeving rond verblijfszorg en missende voorzieningen met Wlz-indicaties. We starten kleinschalig in 5 tot 10 regio's.
   - V&VN is de leidende partij van het project. Overige medeverantwoordelijke partijen zijn ActiZ, NVZ en LHV. Van deze partijen wordt verwacht dat zij gezamenlijk een projectplan opstellen en dit plan uitvoeren. De samenwerking met de regionale coördinatiefunctie eerstelijnsverblijf wordt gezocht[15] en het IZA-traject zorgcoördinatie. Daar waar wet- en regelgeving in de weg staat, onderzoekt team overheid mogelijkheden om de barrières weg te nemen. Er wordt geen dubbel werk op verschillende tafels uitgevoerd.
   - In Q4 2025 is de inventarisatie welke regio's als eerste met de verkeerde beddenproblematiek aan de slag willen gereed en wordt het projectplan opgeleverd, inclusief een plan voor de bemensing en financiën.
   - Medio 2027 wordt het project landelijk geïmplementeerd.

2. **Landelijk opschalen werkende principes ZIRE** (Zinvolle Registratie) project op alle IC's: Het Radboudumc werkt met ZIRE met een zelf geformuleerde kernset van kwaliteitsindicatoren, hebben de verslaglegging op de werkvloer vereenvoudigd en zoeken naar andere manieren om verantwoording af te leggen. Het principe van ZIRE is ook in andere ziekenhuizen in de regio gerealiseerd. Middels deze afspraak committeren partijen zich aan het landelijk opschalen van de principes van ZIRE.
   a) NFU is de leidende partij van dit project. Overige medeverantwoordelijke partijen zijn NVZ, V&VN, FMS, Patiëntenfederatie, het Zorginstituut Nederland, ZN en IGJ. NFU, NVZ, V&VN, FMS zeggen toe dat projecten worden opgestart in ziekenhuizen met hun ondersteuning. Patiëntenfederatie, het Zorginstituut, ZN, IGJ onderschrijven en ondersteunen deze projecten.
   b) Landelijk verplichte kwaliteitsindicatoren moeten worden blijven geregistreerd en aangeleverd. Als blijkt dat de noodzakelijkheid en proportionaliteit van een indicator breed ter discussie staat, wordt dit bezien via de daarvoor aangewezen route.
   c) In eerste instantie worden de principes van ZIRE in het tijdsbestek van een jaar in 5 tot 10 ziekenhuizen buiten de regio van ZIRE 1.0 geïmplementeerd. Vervolgens volgt landelijke implementatie.
   d) In Q4 2025 wordt het opschalingsplan opgeleverd, dat ook al is ingericht op landelijke implementatie per medio 2027.

3. Overige doorbraakprojecten:
   - **Alle sectoren: Uitbreiden veldbevraging:** zorgprofessionals in de wijkverpleging, huisartsenzorg en ggz doen al mee met de veldbevraging, waar de zorgprofessional centraal staat om te komen tot zinnige administratie die past binnen maximaal 20% administratietijd. Brancheverenigingen van de overige sectoren zijn leidende partij om de methodiek van de veldbevraging binnen hun eigen sector uit te voeren. De uitkomsten worden opgevolgd binnen de Regiegroep. Waar nodig leidt de veldbevraging tot aanpassingen in wet- en regelgeving.
   - **GGZ: Opschalen transitieprogramma ggz**: binnen de ggz is een groep van vier koplopers in vier regio's met zorgverzekeraars van start gegaan met het realiseren van maximaal 20% administratietijd binnen één jaar. Dit doen zij met een omvangrijk en ambitieus transitieprogramma.
   - **Wlz: Zinnig en Simpel Verantwoorden:** opschaling van werkwijze in de langdurige zorg die aantoonbaar leidt tot minder administratietijd, zinvolle registratie in het cliëntdossier en verminderen van dubbele controles. Daarnaast zetten we in op vereenvoudiging van materiële controle. Zes koplopers gaan van start met een regelarm cliëntdossier. Bij gebleken succes kan dit worden

[15] ACTIZ_Infographic_regionale_coördinatiefuncties.pdf

uitgebreid naar andere zorgaanbieders in de langdurige zorg. Een vergelijkbaar traject wordt gestart voor het vereenvoudigen van de materiële controle. Leidende partij is nog nader te bepalen tussen zorgkantoren en VGN.
- **Huisartsenzorg: automatiseren van de postverwerking.** Onlangs is een analyse uitgevoerd naar de oplossingsrichtingen. Binnenkort start de ontwikkelfase waarin wordt gekeken hoe uitvoering wordt gegeven aan de geadviseerde vervolgacties. Hierna zetten partijen zich in voor een soepele implementatie in huisartsenpraktijken.
- **Alle sectoren: opschalen koplopers vanuit het ActieLeerNetwerk:** Aan de slag met ontregelen.

Wat is het tijdpad:
In 2025/2026 starten bovengenoemde projecten met ieder eigen mijlpalen en tijdpad.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten blijkt dat de regeldruk naar verwachting zal afnemen door deze afspraak. Weliswaar vraagt het uitvoeren en opschalen van doorbraakprojecten inzet van zorgprofessionals, de verwachting is dat doorbraakprojecten per saldo tijdswinst opleveren.

A2 We verminderen regeldruk als gevolg van machtigingen en aanvullende verklaringen

Regeldruk

Wat is de afspraak:
Verminderen administratieve lasten voor gecontracteerde aanbieders bij machtigingen en aanvullende verklaringen.

Machtigingen en aanvullende verklaringen zijn een instrument om te voorkomen dat de patiënt achteraf onverwacht een rekening krijgt omdat de geleverde zorg niet verzekerd blijkt te zijn. Daarnaast zijn machtigingen een doelmatigheidsinstrument bij ongecontracteerde zorg en van belang voor een efficiëntere inzet van zorgaanbieders en zorggeld. Dit maakt dat machtigingen en aanvullende verklaringen nodig blijven. Dat betekent niet dat er geen mogelijkheden zijn om de regeldruk als gevolg van machtigingen en aanvullende verklaringen te verminderen. Tegen die achtergrond maken we de volgende afspraken.

Wie gaat wat doen:
- Brancheverenigingen en beroepsverenigingen gezamenlijk, te beginnen vanuit de farmacie, wijkverpleging, medisch-specialistische zorg, vvt en huisartsenzorg, leveren zo spoedig mogelijk in Q3 van 2025 ieder een lijst van 10 machtigingen en aanvullende verklaringen aan bij zorgverzekeraars waarvan ze de nut en noodzaak ter discussie willen stellen, inclusief een indicatie van de tijd die zorgverleners eraan kwijt zijn.
- Via het programma administratieve lastendruk van de VNG wordt uitvoering gegeven aan deze afspraak in een viertal regio's als het gaat om de inkoop en verklaringen die aan zorgprofessionals zoals huisartsen en wijkverpleegkundigen worden gevraagd.
- De besluitvorming door zorgverzekeraars en gemeenten welke machtigingen en verklaringen kunnen vervallen, geharmoniseerd kunnen worden of hoe regeldruk op andere manier verminderd kan worden, wordt uiterlijk in Q1 2026 afgerond. De vertegenwoordigers van brancheverenigingen worden in de besluitvorming van zorgverzekeraars en gemeenten meegenomen.
- Zorgverzekeraars en gemeenten beseffen dat machtigingen administratieve lasten voor de zorg-professional met zich mee kunnen brengen en wegen dat mee in hun keuzes, waarbij zij de voorkeur geven aan de administratief minst belastende, wanneer (aanvullende, voorafgaande) verantwoording noodzakelijk blijkt.
- Indien er tussen brancheverenigingen, zorgverzekeraars en gemeenten onenigheid blijft bestaan over de uitkomsten, geldt de escalatieladder van de Regiegroep Aanpak Regeldruk.
- Na afhandeling worden in januari 2026 de volgende 10 machtigingen per sector opgepakt. Ook wordt deze aanpak in 2026 verbreed naar de paramedische zorg, ggz en naar machtigingen en aanvullende verklaringen die door patiënten/cliënten als onnodig belastend worden ervaren.
- De uitvoering en opvolging van deze afspraak wordt gemonitord binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk. Resultaten worden gedeeld met BO IZA/AZWA.

Wat is het tijdpad:
Tot en met 2028 tenminste een jaarlijkse cyclus van 10 machtigingen en verklaringen per sector die worden afgerond.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting afneemt door deze afspraak. Hoewel branche- en beroepsverenigingen voor het inventariseren van de machtigingen en aanvullende verklaringen een beroep zullen doen op zorgprofessionals, is de verwachting dat de regeldruk voor zorgprofessionals per saldo daalt.

Toelichting:
Zorgverzekeraars zetten in verschillende gevallen het instrument machtiging in waarmee vooraf goedkeuring wordt gegeven voor het vergoeden van een bepaalde behandeling uit de Zorgverzekeringswet. Ook zetten ze aanvullende verklaringen in bijvoorbeeld voor zorg in het buitenland, bepaalde geneesmiddelen, voor sommige hulpmiddelen en voor het vervoer van en naar behandelingen. Deze verklaringen hebben vaak ook als doel het juist en volledig informeren van de volgende partij in de zorgketen. De redenen voor de inzet van machtigingen kunnen verschillen, maar raken vrijwel altijd de rechtmatigheid en de doelmatigheid van de betreffende zorg. Zorgprofessionals geven aan dat zij regelmatig het proces rond machtigingen en verklaringen overbodig en als een teken van wantrouwen ervaren. De AZWA-partijen nemen dit signaal serieus.

A3 We verminderen regeldruk als gevolg van (verschillen tussen) inkoop- en verantwoordingseisen

Regeldruk

Wat is de afspraak:
Verminderen administratieve lasten bij inkoop – en verantwoordingseisen.

Wie gaat wat doen:
- Brancheverenigingen, te beginnen vanuit de medisch-specialistische zorg, vvt en huisartsenzorg, leveren zo spoedig mogelijk in Q3 van 2025 ieder een top 10 inkoop- en verantwoordingseisen aan die meeste onnodige tijd kosten van zorgprofessionals, inclusief een indicatie van de tijd die zorgverleners eraan kwijt zijn.
- Zorgverzekeraars en gemeenten stellen uiterlijk in Q1 2026 vast op welke manier deze tijdsinspanning voor de zorgprofessional kan worden verminderd. Mogelijke maatregelen zijn: het laten vervallen, harmoniseren, vereenvoudigen of verduidelijken van de inkoop- en verantwoordingseisen. Vertegenwoordigers van brancheverenigingen worden hierbij betrokken. De afspraken landen vervolgens in het zorginkoopbeleid 2027 dat zorgverzekeraars uiterlijk op 1 april 2026 moeten publiceren.
- Via het programma administratieve lastendruk van de VNG wordt op vergelijkbare wijze uitvoering gegeven aan deze afspraak in een viertal regio's. Branche- en beroepsverenigingen leveren een lijst met 10 inkoop- en verantwoordingseisen die de meeste onnodige tijd van zorgprofessionals kosten aan bij gemeenten. Het programma administratieve lastendruk van de VNG zal voorstellen doen voor het vereenvoudigen van inkoop- en verantwoordingseisen van gemeenten.
- Indien een belangrijk verbeterpunt niet ligt in de inkoopvoorwaarden van de verzekeraars maar in de regelgeving van de NZa, IGJ, het Zorginstituut of VWS dan wordt dit onderwerp met deze systeempartijen geagendeerd.
- Indien er tussen brancheverenigingen, zorgverzekeraars en gemeenten onenigheid blijft bestaan over de uitkomsten, geldt de escalatieladder van de Regiegroep Aanpak Regeldruk.
- Na afhandeling, worden de volgende 10 inkoop- en verantwoordingseisen per sector opgepakt. Ook wordt deze aanpak dan verbreed naar de farmacie, paramedische zorg en ggz. Streven is starten in Q4 2025.
- De uitvoering en opvolging van deze afspraak wordt gemonitord binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk. Resultaten worden gedeeld met BO IZA/AZWA.

Wat is het tijdpad:
Tot en met 2028 een jaarlijkse cyclus van 10 inkoop- en verantwoordingseisen per sector die worden opgepakt.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting afneemt door deze afspraak. Hoewel branche- en beroepsverenigingen voor het inventariseren van de inkoop- en verantwoordingseisen een beroep zullen doen op zorgprofessionals, is de verwachting dat de regeldruk voor zorgprofessionals per saldo daalt.

Toelichting:
Branchepartijen geven aan dat verschillende inkoop- en verantwoordingseisen van zorgverzekeraars kunnen leiden tot onnodige administratieve lasten bij zorgprofessionals. Deze eisen worden administratief verwerkt door de backoffice en kunnen ook resulteren in werkprocessen of instructies voor de werkvloer. Hoewel dergelijke verschillen soms verklaarbaar zijn en er niet altijd aan te ontkomen is, zijn zorgverzekeraars welwillend om hierop stappen te zetten. Omdat het zelf opsporen en beoordelen van verschillen door zorgverzekeraars in het verleden voor zorgprofessionals niet de gewenste resultaten heeft opgeleverd, spreken de AZWA-partijen af dat zorgverzekeraars en betrokken branches (te beginnen bij de wijkverpleging, huisartsenzorg, vvt en medisch-specialistische zorg) gezamenlijk aan de slag gaan om de knellende inkoop- en verantwoordingseisen te identificeren en de administratieve last weg te nemen of te verminderen.

A4 We verminderen de tijd die medewerkers kwijt zijn aan administratie en diagnostiek door te beginnen met versnelde en verantwoorde inzet van generatieve en diagnostische AI

Regeldruk – werkagenda

Wat is de afspraak:
Artificiële Intelligentie (AI) is een belangrijke technologische katalysator voor zorgtransformatie om de administratietijd te verminderen. Zorg blijft echter mensenwerk. AI zal dus worden ingezet om het werk voor professionals in zorg en welzijn plezieriger en efficiënter te maken, in zowel de zorg- als welzijnssector.
We starten met spraakgestuurd rapporteren en capaciteitsplanning. Echter AI is een snel ontwikkelende technologie waar de mogelijkheden zich continu uitbreiden en doorontwikkelen. Tegelijkertijd zijn er nu ook al mogelijkheden die we snel, maar veilig willen inzetten. Daarom hanteren we twee sporen voor de Aanpak AI:
1. We creëren een klimaat voor experimenteren en zorgen voor AI-readiness.
2. We zorgen dat een aantal impactvolle toepassingen op korte termijn geïmplementeerd worden.

Overkoepelende Aanpak AI
Binnen 3 maanden stellen AZWA-partijen de uitwerking van deze afspraak vast in een Aanpak AI in de zorg. VWS voert de regie op de totstandkoming van de Aanpak AI in de zorg. In dit actieplan wordt de koppeling gelegd met de werkagenda op arbeidsbesparende medische technologie en met de ontwikkelingen bij databeschikbaarheid, zoals het realiseren van eenheid van taal.

Spoor 1: Vruchtbaar zorgklimaat voor doelmatige, veilige inzet van AI
1. Professionals worden goed voorbereid op het gebruik van AI toepassingen in zorg/welzijn- en ondersteuningsprocessen en worden daarin ondersteund en opgeleid door o.a.:
   a. Trainingsprogramma's: Ontwikkelen van (nationale) trainingen, workshops en e-learningmodules om de vaardigheden van professionals te versterken in het gebruik en beheer van AI, ook in relatie met de patiënt/cliënt. Voor het versterken van vaardigheden sluiten we aan bij de afspraak over opleiden en ontwikkelen van professionals (afspraak B3).
   b. Zelfevaluatietools: Creëren van instrumenten waarmee organisaties hun AI-readiness kunnen beoordelen en verbeterpunten kunnen identificeren.
   c. AI-Readiness omvat de noodzakelijke randvoorwaarden voor de introductie van AI-toepassingen. Daarbij staat het adoptievermogen en verandercapaciteit van zorg- en welzijnsorganisaties voor implementatie en opschaling van AI centraal. Dit omvat scholing/training van professionals en het voorlichten en ondersteunen van patiënten, cliënten en inwoners, het versterken van de verandermanagementcultuur en het verhelderen van ethische, juridische en maatschappelijke vraagstukken, gebruiksvriendelijkheid, databeschikbaarheid in zorgorganisaties voor validatie, training en gebruik van AI .
   d. Standaarden en richtlijnen bij het gebruik van AI-systemen helpen bij een makkelijke en veilige integratie van AI die aansluit in het bestaande applicatielandschap.
2. Regie op betrouwbare validatie en opschaling van veilige AI-toepassingen in zorg/welzijn- en ondersteuningsprocessen door o.a.:
   a. Ontwikkelen van gezamenlijke pragmatische validatie, opschaling en de evaluatie van AI-toepassingen, waar ethische ontwerpmethodieken onderdeel van zijn met betrokkenheid van veldpartijen inclusief een gevarieerd groep patiënten- en cliëntenvertegenwoordigers, waaronder ook kwetsbare doelgroepen zoals mensen met lage Sociaal economische Status (SEP), migratieachtergrond, laaggeletterdheid, mensen met psychische problematiek en cognitieve of chronische beperkingen waaronder ouderen.
   b. Opschalingsstrategie en bekostigingsmodellen: Opzetten van een nationale strategie voor de brede adoptie van gevalideerde AI-oplossingen. Daarbij gaan we uit van de Nationale Visie en Strategie op het Gezondheidsinformatiestelsel en de Nederlandse Digitaliseringsstrategie. De nationale strategie hanteert het principe 'pas toe of leg uit', zoals ook in Digizo.nu wordt toegepast.
3. Onderzoek naar de behoefte en mogelijkheden voor publiek beschikbare AI-software voor medische taaltoepassingen, waaronder transcriptie-, herkennings-, spraak- en taalmodellen ten behoeve van functionele toepassingen.
4. Vergroten van de kennis over AI door patiënten, cliënten en inwoners. Hiervoor sluiten we aan bij de bestaande IZA-afspraken op digitale vaardigheden van bewoners. AI zal hier ook in meegenomen worden.

Spoor 2: Implementatie van AI-toepassingen zorg/welzijn- en ondersteuningsprocessen
1. Zorgbreed wordt gestart met de implementatie op de toepassingsgebieden spraakgestuurd rapporteren en capaciteitsplanning in cure en care. AZWA-partijen committeren zich aan de adoptie van de AI-toepassingen in het zorgveld. In de toekomst, ook binnen de looptijd van deze afspraak, blijft er ruimte voor versnelling in andere toepassingsgebieden, waaronder toepassingen op diagnostische AI, tijdige detectie van verslechtering en kwetsbaarheid patiënten en automatisch coderen van diagnoses en behandelingen. De prioritering zal onderdeel zijn van het actieplan uit spoor 1.
2. Hiervoor wordt voortgebouwd op de huidige initiatieven, zoals het RIGH:T-consortium, Digizo.nu en de verkenning naar AI-benchmarking door TNO.
3. Binnen 6 maanden hebben de AZWA-partijen de kaders vastgesteld waaraan deze AI-toepassingen moeten voldoen, zoals ondersteunend aan de zorg, gebruiksvriendelijk, transparant voor zorgverlener en patiënt, cliënt en inwoner, veiligheid, waarborgen van privacy, interoperabiliteit, etc.
4. De AZWA-partijen spreken af dat er doorlopend 2 AI-toepassingen in digitale en hybride zorgprocessen op de transformatieagenda van Digizo.nu staan. En daarbij de ambitie binnen 3 maanden het besluitvormingsproces van digizo.nu hebben doorlopen en tot concrete afspraken komen. Hierbij geldt ook 'pas toe of leg uit'.
5. In 2028 zijn de geprioriteerde en aantoonbaar waardevolle AI-toepassingen uit de afgesproken toepassingsgebieden in 50% van de relevante (zorg)processen bij zorg- en welzijnsorganisaties in gebruik genomen. Dit zorgt ervoor dat in 2032 zorgprocessen met AI een bijdrage van 15% aan de totale transitiedoelstellingen levert.
6. De kennis en ervaring uit deze implementaties worden meegenomen in de activiteiten van spoor 1. De toepassingsgebieden worden met regelmaat geüpdatet en aangepast op basis van nieuwe ontwikkelingen en inzichten.

Wie gaat wat doen en wanneer:
VWS is verantwoordelijk om, met draagvlak van de AZWA-partijen, de overkoepelende Aanpak AI te ontwikkelen. De producten waaraan wordt gewerkt, zullen bruikbaar worden gemaakt voor alle zorg- en welzijnsorganisaties.

Spoor 1:
- VWS voert via een AI-programma regie op de sector-overstijgende afstemming.
- De zorgkoepels zullen, met behulp van hun achterban, de zorg- en welzijnsprofessionals voorbereiden op AI-toepassingen en aanpassen van zorg/welzijns- en ondersteuningsprocessen.
- VWS onderzoekt de behoefte en mogelijkheden voor publiek beschikbare AI-software voor medische taaltoepassingen.

- Patiënten, cliënten en inwoners worden geïnformeerd via de communicatie- en bewustwordingsactiviteiten door de AZWA-partijen.
- Zorg- en welzijnsprofessionals worden nauw betrokken bij de inzet van AI.

Spoor 2:
- VWS coördineert de totstandkoming van de kaders.
- Om gezamenlijk de zorgaanbieders te ondersteunen bij de contractering en implementatie, verkennen de zorgkoepels op welke wijze de inzet van waardevolle AI toepassingen gecontracteerd kan worden, welke financiële impulsen hiervoor nodig zijn en op welke wijze gelijkgericht contracteren voor ingezet kan worden.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting afneemt door deze afspraak. AI in het algemeen, en beginnend met spraakgestuurd rapporteren en capaciteitsplanning, zal een groot effect hebben op de vermindering van de administratieve last.

A5 We versnellen de implementatie van elektronische gegevensuitwisseling in de zorg

Gegevensuitwisseling

Wat is de afspraak:
We versnellen door middel van een landelijke implementatiestrategie de implementatie van de IZA-afspraken op de doelstelling ‘Elektronische gegevensuitwisseling is de standaard in de zorg’ en de implementatie van de nieuwe Europese Verordening EHDS. Daarmee creëren we een solide basis voor verdere realisatie van het gezondheidsinformatiestelsel.

Wie gaat wat doen:
- VWS en ZN werken (samen met zorgkoepels en andere relevante stakeholders) binnen 3 maanden een implementatiestrategie uit. Deze strategie heeft als doel de gegevensuitwisseling in de zorg te versnellen.
- VWS zal een communicatie-strategie opstellen en communicatiemiddelen ter beschikking stellen. De AZWA-partijen zullen actief bijdragen aan het opstellen van de communicatiemiddelen en deze inzetten bij het uitdragen van de boodschap binnen en buiten hun netwerk.
- VWS en ZN delen binnen 3 maanden de financiële uitgangspunten waarin duidelijk wordt welke activiteiten betaald worden vanuit publieke middelen of door zorgverzekeraars, en betrekken hierbij de NZa waar het raakt aan structurele financiering en bekostiging.

Wat is het tijdpad:
Uitwerken van implementatie- en communicatiestrategie en financiële uitgangspunten: binnen 3 maanden.
De uitvoering: de komende jaren.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat deze afspraak geen effect heeft op de regeldruk. Deze afspraak zorgt voor een versnelling van de bestaande IZA-afspraken op elektronische gegevensuitwisseling. De bestaande IZA-afspraken over gegevensuitwisseling in de zorg heeft naar verwachting wel een afname van de administratieve last tot gevolg.

Uitgangspunten:
- De bestaande IZA-afspraken over gegevensuitwisseling geven nog steeds de gewenste richting weer. Deze blijven dan ook bestaan, inclusief ontwikkelingen en aanpassingen die gedurende de looptijd van het IZA met elkaar zijn afgestemd.
- De bestaande afspraken over secundair datagebruik, PGO’s en digitale en hybride zorg blijven ook staan en zijn onverminderd belangrijk.
- We maken geen nieuwe inhoudelijke afspraken. De focus ligt enkel op het concretiseren van de huidige aanpak op doelstelling: Elektronische gegevensuitwisseling is de standaard in de zorg.
- Deze afspraak geldt, waar relevant, ook voor het HLO.

Toelichting:
Implementatiestrategie
Met de landelijke implementatiestrategie richten we ons op de implementatie van landelijk ontwikkelde afspraken en technieken op het gebied van gegevensuitwisseling, als eerste stap richting databeschikbaarheid, daar waar mogelijk in regionale zorgnetwerken. Met als doel om het gehele land naar een hoger basisniveau te tillen. Voorbeelden van deze landelijke afspraken zijn de generieke voorzieningen, de toekomstige invulling van opt-out en de afspraken op eenheid van taal en techniek.

VWS en ZN werken, samen met de zorgkoepels en andere relevante stakeholders, binnen 3 maanden een landelijke implementatiestrategie uit. Op hoofdlijnen is de strategie: landelijke kaders en afspraken zijn leidend; technische implementatie vindt plaats via landelijke en sectorale vraagarticulatie; praktijkbeproeving wordt gedaan door voortrekkende regionale zorgnetwerken of instellingen; opschaling vindt plaats in opvolgende regionale zorgnetwerken of zorginstellingen. De implementatiestrategie bevat onder meer de uitwerking van:
- De leidende landelijke kaders en landelijke afspraken, waaraan alle instellingen moeten voldoen en die versnippering moeten voorkomen.
- De aanpak van technische implementatie in sectoren (en instellingen).
- De aanpak hoe we met behulp van voortrekkende regio’s of zorgnetwerken de opvolgende zorgnetwerken naar een hoger niveau krijgen.
- De landelijke structuur die hiervoor nodig is, inclusief de rol en verantwoordelijkheden van overheidspartijen, koepelorganisaties, leveranciers en eventuele andere partijen.
- Een meerjareninvesteringsoverzicht die op hoofdlijnen het inzicht geeft op basis waarvan de zorgkoepels en leveranciers hun eigen invulling en besluiten kunnen nemen. Dit zal binnen 6 maanden door de overheidspartijen, in afstemming met relevante stakeholders, uitgewerkt worden.

Aandachtspunten hierbij zijn:
- De implementatie van technische voorzieningen vindt plaats door leveranciers op basis van de landelijke kaders en de sectorale vraagarticulatie, met aandacht voor benodigde middelen.
- De sectorplannen en de ervaringen van andere effectieve implementaties worden meegenomen in de strategie.
- De implementatieorganisatie omvat ook sturing, rapportage, monitoring en (horizontale en verticale) toetsing. Voor monitoring wordt ook gebruik gemaakt van sectorale en regionale bronnen.
- Via de beproevingen door voortrekkers, worden ook ondersteuningsmiddelen ontwikkeld die breed inzetbaar zijn. Denk aan handreikingen, instructievideo’s, communicatiemiddelen, helpdeskfunctie, scholingsmiddelen of een shared service center, waarbij aandacht is voor de benodigde capaciteit binnen de instellingen voor voortrekkers en volgers.
- Niet alles kan tegelijk en nog niet alles is al uitontwikkeld. Hiervoor moet een longlist en prioritering aangebracht worden in de implementaties. De criteria worden uitgedacht in de implementatiestrategie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het op een gebruiksvriendelijke wijze ondersteunen van het zorgproces, toegevoegde waarde in de zorgpraktijk en voor de cliënt/patiënt, zorgprofessional, beschikbare functies, bouwblokken en standaarden, doorlooptijd, aantal betrokken sectoren. Dit betreft een lerende aanpak, waarbij met de opgedane kennis en ervaring de routekaart weer wordt doorontwikkeld.
- We hanteren een iteratieve aanpak, waarbij we voortdurend werken aan het oplossen van knelpunten, zodat die ook opgelost zijn voor brede implementatie. Afhankelijk van het knelpunt kan dit binnen programma’s of op landelijke schaal opgepakt worden.
- Bij de uitrol wordt ook aandacht gegeven aan het uitfaseren van oude systemen en werkwijzen.
- Het inrichten van een goede feedbackloop waarmee knelpunten worden geadresseerd en belegd bij de juiste gremia.
- Bij de implementatie wordt ook aandacht besteed aan de wensen en behoeften van de cliënt en patiënt, zoals informatievoorziening en ondersteuning.
- Naast een goede implementatiestrategie is het ook belangrijk dat data vanuit systemen ontsloten kan worden middels een landelijk dekkend netwerk. VWS onderzoekt welke vorm van verplichten mogelijk is op specifieke aspecten van de basisinfrastructuur voor zowel zorgaanbieders als zorg-ict-leveranciers. Het onderzoek is binnen 6 maanden gereed.

Communicatie - Transformeer door successen te delen in begrijpelijke taal
Als onderdeel van de implementatiestrategie zorgen we voor heldere communicatie richting het zorgveld over de redenen (WHY), inhoud, timing, volgordelijkheid en aanpak van gegevensuitwisseling op korte termijn en de databeschikbaarheid op langere termijn. VWS zal een communicatie-strategie opstellen en

communicatiemiddelen ter beschikking stellen, met speciale aandacht voor het handelingsperspectief en activatie van de doelgroepen en het vieren van successen. Door de informatie begrijpelijk en concreet te maken, afgestemd op de doelgroep, kan een breder draagvlak gecreëerd worden. Dit verhoogt het urgentiegevoel tot handelen en zal een positief effect hebben op de implementatie. De AZWA-partijen zullen actief bijdragen aan het opstellen van de communicatiemiddelen en deze inzetten bij het uitdragen van de boodschap binnen en buiten hun netwerk.

Financiering
Duidelijkheid over de financiering van de implementatie van gegevensuitwisseling is nodig. Voor de financiering van de implementatie zullen VWS en ZN binnen 3 maanden uitgangspunten delen waarin duidelijk wordt welke activiteiten betaald worden vanuit publieke middelen of door zorgverzekeraars, voor zover bekend. Dit geeft ook duidelijkheid over de benodigde eigen investeringen op sector- of instellingsniveau. De AZWA-partijen zullen de vertaling maken naar de sector. De (on)mogelijkheden binnen de financiering en de beschikbaarheid van financiële middelen hebben invloed de implementatiesnelheid. De consequenties zullen bij de uitwerking meegenomen worden. We betrekken de NZa waar het raakt aan structurele financiering en bekostiging.

VWS zal een maatschappelijke kosten- en batenanalyse uitvoeren op de nationale visie en strategie op het gezondheidsinformatiestelsel om zicht te krijgen wat de kosten zijn en welke opties voor langetermijnfinanciering en structurele bekostiging daarbij zouden kunnen passen.

Inzet: de juiste inzet van medewerkers en vergroten vakmanschap

B1 Domeinoverstijgend indiceren, waarbij de minste arbeidsinzet uitgangspunt is

Domeinoverstijgend indiceren (arbitrage)

Wat is de afspraak:
Zorg en ondersteuning voor mensen is versnipperd georganiseerd over verschillende zorgwetten. We zetten in op domeinoverstijgend indiceren[16]. We maken zo de inzet van professionals efficiënter en dragen zo bij aan het verminderen van de druk op de arbeidsmarkt. En we zorgen ervoor dat de zorg toegankelijker en overzichtelijker wordt, juist voor mensen die uit verschillende domeinen zorg en ondersteuning nodig hebben. Wanneer zorg (deels) wordt aangevuld met of vervangen door hulpmiddelen is het van belang dat de professionals niet klem komen te zitten tussen de verschillende wettelijke domeinen. Daarom gaan partijen samenwerken bij indicatiestelling.

Wie gaat wat doen en wanneer:
VWS, ZN, VNG, V&VN, ActiZ, SWN en ZorgthuisNL hebben uiterlijk in 2025 een plan gereed om versneld domeinoverstijgend indiceren te kunnen opschalen. Dit bestaat in ieder geval uit:
- Toewerken naar landelijke opschaling van gezamenlijke indicatiestellingen tussen de Zvw (wijkverpleging) en Wmo (hulpmiddelen). We starten daarbij met de zogenaamde ‘coalition of the willing’, waarbij gemeenten en zorgorganisaties die dat willen aan de slag gaan met (het opschalen van) domeinoverstijgend indiceren. We maken hierbij gebruik van resultaten uit evaluaties van bestaande initiatieven. Onderdeel hiervan is gezamenlijke uitvoeringsafspraken tussen partijen over het domeinoverstijgend indiceren.
- Doel is dat uiteindelijk alle partijen aansluiten bij de ‘coalition of the willing’ om op die manier landelijke opschaling te verwezenlijken.
- V&VN, ActiZ, VNG, ZN, Patiëntenfederatie en ZorgthuisNL werken een afsprakenkader met een handreiking uit, met als uitgangspunt positieve gezondheid. Waarbij arbeidsinzet, in lijn met de norm zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan wordt meegenomen in de gezamenlijke indicaties. Daarbij is aandacht voor arbeidsinzet in alle betrokken domeinen.
- VWS verkent samen met betrokken partijen of deze werkwijze na succesvolle opschaling breder kan worden ingevoerd dan wijkverpleging en hulpmiddelen. Het besluit hierover is uiterlijk in 2026 gereed.
- VWS werkt daarbij samen met betrokken partijen ook uit hoe lokale teams [17] een rol kunnen spelen bij het domeinoverstijgend indiceren.
- Primair worden verschillen van inzicht in de indicatie lokaal opgelost in goed overleg; hiervoor kan bijvoorbeeld het hierboven genoemde kader en handreiking worden gebruikt.
- Gemeenten en verzekeraars spreken een bestuurlijke escalatie mogelijkheid tussen bestuurders af voor het geval betrokken partijen zich niet kunnen vinden in de indicatiestelling (arbitrage) en sluiten daarbij, voor zover mogelijk, aan bij bestaande structuren. Het uitgangspunt is dat deze afspraak niet gaat leiden tot toename in de regeldruk voor zorgprofessionals.
- VWS, ZN, VNG, ActiZ, V&VN, SWN en ZorgthuisNL verkennen parallel met elkaar of aanpassingen in wet- en regelgeving nodig zijn. Indien aanpassing van wet- en regelgeving nodig blijkt om de landelijke implementatie mogelijk te maken, zal VWS een wetgevingstraject initiëren.
- Onderdeel van het plan van aanpak is een afspraak over financiering(sstromen), planning, ondersteuning, bekostiging en monitoring van deze werkwijze, waardoor later ook gekeken kan worden of deze werkwijze uitgebreid kan worden naar andere vormen van zorg en ondersteuning, waaronder de Wlz.
- De effecten op de uitgaven van de Wmo worden gemonitord, mede in het licht van hieronder genoemde toezegging door de Minister van VWS aan de Tweede Kamer en in het kader van de houdbaarheid van de Wmo. Uitgangspunt is dat eventuele kostenverschuivingen als gevolg van de aanpak gecompenseerd worden.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting afneemt door deze afspraak. Zorgprofessionals die indicaties stellen zullen geschoold moeten worden in de domeinoverstijgend indiceren. Hier staat tegenover dat dat domeinoverstijgend indiceren minder dubbel werk oplevert (besparing uren Wmo-consulent) en minder dubbele gesprekken voor cliënten met zich meebrengt.

Toelichting:
Zorg en ondersteuning is versnipperd georganiseerd over verschillende zorgwetten. De inzet van zorgverleners die werken in deze versnipperde omgeving kan en moet veel efficiënter, gezien de grote opgave ten aanzien van de oplopende arbeidsmarkttekorten. Mensen die zorg nodig hebben, raken verdwaald tussen (zorg)loketten die naar elkaar wijzen. In het regeerprogramma is daarom afgesproken dat het kabinet arbitrage tussen zorgwetten invoert, waarbij de minste inzet van medewerkers uitgangspunt wordt. Door de wijkverpleegkundige, een centrale rol te geven en dat goed af te stemmen met gemeenten en andere samenwerkingspartners, maken we de zorg toegankelijker en overzichtelijker. En we creëren op deze wijze meer duidelijkheid voor de cliënt, patiënt en alle inwoners van Nederland.

Partijen zetten vol in op domeinoverstijgend indiceren voor de verschillende zorgwetten. We starten met de Zvw voor de wijkverpleging en de Wmo voor de hulpmiddelen, vanuit de verwachting dat inzet van wijkverpleging en ondersteuning kan worden voorkomen of verminderd door betere inzet van hulpmiddelen. De wijkverpleegkundige krijgt een centrale rol en zal ook gaan indiceren voor hulpmiddelen vanuit de Wmo. We onderzoeken daarbij ook of en hoe wijkteams een rol kunnen spelen bij het domeinoverstijgend indiceren. Hierover maken we goede afspraken tussen gemeenten, verzekeraars, de beroepsgroep en andere samenwerkingspartners. Er komt een afwegingskader, ter ondersteuning van de professionals, waarmee arbeidsinzet kan worden meegewogen bij de indicatiestellingen. Tenslotte komt er een escalatieladder voor de situaties waarbij gemeenten, verzekeraars er onderling niet uit komen in een individueel geval.

De minister van VWS heeft eind 2024 aan de Kamer toegezegd[18] financieringsstromen aan te passen, als blijkt dat er een grote verschuiving van kosten van het ene domein naar het andere plaats vindt. Daarom is onderdeel van deze afspraak dat deze werkwijze van ‘domeinoverstijgend indiceren’ goed gevolgd gaat worden in de praktijk.

[16] De domeinoverstijgende indicatie van de wijkverpleegkundige is voor het deel dat over de Wmo 2015 gaat geen besluit in de zin van de Awb, maar een advies aan de gemeente, de beslisbevoegdheid blijft binnen het eigen domein.

[17] Met lokale teams worden ook (sociale) wijkteams en andere soorten wijk- en lokale teams bedoeld, zie Richtinggevend kader lokale teams.

[18] Debat Ouderenzorg - TK 2024-2025, 29389, nr. 128.

B2 We bevorderen de inzet van arbeidsbesparende medische technologie

We bevorderen de inzet van arbeidsbesparende medische technologie

Wat is de afspraak:
Om een onafwendbaar tekort aan zorg- en welzijnspersoneel in de toekomst te voorkomen, is inzet van medische technologie (medtech)[19] van groot belang. Technologische innovaties kunnen zorg- en welzijnsmedewerkers ondersteunen en hen ontlasten, of de zorgvraag van patiënten verminderen en autonomie vergroten. Dit sluit aan bij de doelen van het AZWA. Op dit moment wordt echter nog veel technologie ontwikkeld zonder goed te kijken naar behoeften in de zorg en van patiënten (technology push). Ook is er onvoldoende aandacht voor de vraag hoe en wanneer technologie het beste ingezet kan worden en hoe zorgprocessen moeten worden aangepast. Dit zorgt voor inefficiëntie en hogere kosten.
De AZWA-partijen willen meer aandacht voor de behoeften bij het ontwikkelen, implementeren en opschalen van arbeidsbesparende technologie (digitalisering, AI en medtech), zodat dit daadwerkelijk leidt tot arbeidsbesparing, meer werkplezier en verhoogde arbeidsproductiviteit en de ervaren kwaliteit van zorg en leven van de patiënt.

Er zijn zowel simpele hulpmiddelen als geavanceerdere technologieën en AI. De acties die de AZWA-partijen met elkaar afspreken vallen uiteen in afspraken op zowel laagdrempelige goedkopere zorgtechnologieën en geavanceerdere duurdere technologieën. De afgelopen jaren neemt de inzet van deze arbeidsbesparende innovaties toe. Denk aan sensoren om patiënten in verpleeghuizen beter te monitoren of 3D-geprinte implantaten die beter passen en leiden tot minder nabehandeling.
Ook kunnen robots en tilhulpmiddelen zorgmedewerkers helpen, zodat zij meer tijd hebben voor zorgverlening. Technologie kan ook zorgvragen voorkomen, bijvoorbeeld door betere diagnostiek, of door zelfmanagementtools en digitale beslisondersteuning die mensen meer regie geven.

Wie gaat wat doen:
Om inzet van arbeidsbesparende medtech te bevorderen, pakken de AZWA-partijen de volgende punten op:
- Samenwerken aan oplossingen
- Vraaggestuurde ontwikkeling medische technologie
- Randvoorwaarden verbeteren

Samenwerken aan oplossingen
- **Innovatie-platform (in 2026):** VWS stimuleert bestaande platformen, zoals Digizo.nu en ZE&GG, als een plek om innovatievraagstukken te agenderen, evalueren, opschalen en best practices te delen. Bestaande platformen nemen daarom, naast digitalisering en AI, ook medTech mee als middel in het herontwerp en standaardisatie van processen in zorg- en ondersteuning.
- **Internationale samenwerking:** Nederland is voor medische technologie en innovatie gedeeltelijk afhankelijk van het buitenland. VWS zet extra in op netwerken met landen zoals India, Zweden en Japan om samen te werken en relevante innovaties voor Nederland te benutten.
- **Schaalbare innovaties (in 2025):** Gedurende de loop van het AZWA worden per sector door de AZWA-partijen innovaties geselecteerd die bijdragen aan arbeidsbesparing, werkplezier of arbeidsproductiviteit voor verdere opschaling. Afhankelijk van kwaliteit van de innovaties en het beschikbare budget committeren AZWA-partijen zich eraan dat hun leden deze innovaties implementeren.

Vraaggestuurde ontwikkeling van medische technologie
- **Innovatieprogramma (in 2026):** VWS zet een programma op om nieuwe vraaggestuurde, arbeidsbesparende medtech te ontwikkelen die daadwerkelijk bijdraagt aan arbeidsbesparing, verhoging van werkplezier en/of arbeidsproductiviteit. Dit gebeurt via:
  - Nauwe samenwerking met eindgebruikers (zorgverleners en patiënten) en bestaande initiatieven. Hierbij zal ook aandacht zijn voor publiek-private samenwerkingen.
  - Principes van passende zorg (en ondersteuning) en transformatie-, opschalings- en implementatievraagstukken als voorwaarde.
  - De bestaande akkoorden, waaronder IZA, GALA, en de Kennis- en Innovatieagenda Gezondheid & Zorg, dienen als uitgangspunt bij de vraaggestuurde ontwikkeling van medische technologie.
  - Het uitgangspunt is dat dit programma wordt ingericht via bestaande gremia en bijbehorende governance.
  - Afstemming van financiering (in 2025): VWS stemt met andere ministeries, NWO, RVO, Health Holland, ZonMw, NZa en zorgverzekeraars af om bestaande innovatieregelingen bij elkaar te brengen en bovenstaande principes in mee te nemen. In de fase van innovatie-(door)ontwikkeling worden er afspraken gemaakt over maatschappelijk verantwoorde prijsmodellen inclusief (bijbehorende) services, waaronder over beschikbaarheid.

Randvoorwaarden verbeteren
Het streven van de AZWA-partijen is om het merendeel van onderstaande randvoorwaarden in 2025 te verwezenlijken.
- **Integratie in IZA* HLO:** Om afspraken rondom de inzet van arbeidsbesparende medtech succesvol met het IZA en het HLO te integreren, wordt de verbinding gelegd met de reeds lopende afspraken rond digitale en hybride zorg en ondersteuning. De lessen van Digizo.nu over onder meer het kiezen van impactvolle processen, toetsing en waardebepaling, oplossen van (systeem)knelpunten, en sector- of domein overstijgende samenwerking worden hierin meegenomen. Om overlap te voorkomen en initiatieven te bundelen, wordt er ook afgestemd en samengewerkt met de doorbraakafspraak over AI.
- **Ondersteuning innovators:** Om innovatoren te ondersteunen, bijvoorbeeld bij vragen over MDR en IVDR, wordt het loket van Zorg Voor Innoveren versterkt.
- **Innovaties in kaart:** Om beter te weten welke innovaties op ons afkomen, geeft Zorginstituut Nederland een horizonscan medtech vorm, ook via het International Horizon Scanning Initiative (IHSI). AZWA-partijen gebruiken de resultaten om waardevolle medtech innovaties te identificeren en verder op te pakken richting gedragen evaluatie, implementatie en opschaling. De resultaten hiervan worden op langere termijn verwacht.
- **Doelmatige inzet:** De AZWA-partijen verkennen, naar analogie van de sluis dure geneesmiddelen, mogelijkheden tot meer doelmatige inzet van dure medische technologie. Hierbij zal ook aansluiting worden gezocht met reeds bestaande programma's en lopende afspraken, zoals het programma 'verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket'.
- Er worden eveneens, waar nodig, landelijke en regionale afspraken gemaakt tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de aanschaf en inzet van dure medische technologie in aansluiting op netwerkzorg en regionalisering. Hierbij zal ook aansluiting worden gezocht met reeds lopende afspraken, waaronder het thema passende zorg.
- **Financiering bundelen en richten:** Om geld effectiever in te zetten, maken de AZWA-partijen een plan van aanpak hoe de verschillende financieringsinstrumenten gericht op ontwikkeling, evaluatie, implementatie en opschaling van technologie meer te bundelen en te richten op specifieke onderwerpen.
- **Waardebepaling:** Om te bewijzen dat medtech-innovaties in de zorg en ondersteuning effectief, van goede kwaliteit en opschaalbaar zijn, worden afspraken gemaakt over hoe hun waarde wordt bepaald en worden succesvolle processen tijdig inzichtelijk gemaakt.
  Hierbij is aandacht voor verantwoorde in- en uitstroom van technologie en opname in richtlijnen of standaarden. Dit bouwt voort op de werkwijze van initiatieven als Digizo.nu en ZE&GG.
- **Faciliteren en ondersteunen van de opschaling:** Om arbeidsbesparende technologie succesvol te kunnen opschalen, maken zorgprofessionals, patiënt(vertegenwoordigers), aanbieders en financiers (gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren) afspraken over ondersteuning, procesaanpassingen in zorg en ondersteuning en financiering. Dit omvat het aanpassen van werkwijzen, afbouwen van oude processen en effectief inzetten van deze technologie, inclusief de bedrijfsvoering. Knelpunten in financiering en andere vraagstukken worden in kaart gebracht en opgelost, waarbij contractering wordt ingezet om lange termijn bekostigingsafspraken te maken over het (kunnen) opschalen van technologie op een zo doelmatig mogelijke wijze.
- **Ondersteuning en samenwerking professionals:** Om professionals voor te bereiden op het werken met nieuwe technologieën, investeert VWS in zorgopleidingen op verschillende niveaus, zoals zorg-organisatiesopleidingen, trainingen, workshops en e-learningmodules. Daarbij is er ook aandacht voor het versterken van eigen regie van mensen. Er zal hierbij gewerkt worden conform de ACM beleidsregel Juiste Zorg op de Juiste Plek. Afstemming en samenwerking vindt plaats met de doorbraakafspraak over strategisch opleiden.

[19] Medische technologieën zijn alle hulpmiddelen, apparatuur en software met een medisch doel zoals gedefinieerd in artikel 1 van de Wet medische hulpmiddelen.

Wat is het tijdpad:
Start van geselecteerde onderdelen in 2025. Deze afspraak is bedoeld om een beweging in gang te zetten die ook na het AZWA doorloopt.

B3 Versterken van de lerende omgeving: opleiden en ontwikkelen als vanzelfsprekendheid

Versterken van de lerende omgeving

Wat is de afspraak
Om bij te dragen aan de transitiedoelen zullen organisaties en professionals in zorg en welzijn razendsnel anders gaan werken. We rekenen op de potentie en het lerend vermogen van hen. Nadruk ligt daarbij op de randvoorwaarden (= het kunnen doen) en de implementatie (= het daadwerkelijk doen). Om de doorbraken in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord, zoals afspraak A4 (AI), B2 (medische technologie), C8 (palliatieve zorg), C6 (Toegankelijkheid ggz), D3 (Huisartsenzorg), E2 en E3 (passende zorg) en E4 (eerlijke bijdrage van iedereen) - zo succesvol mogelijk te maken, wordt een groot beroep gedaan op het leervermogen van organisaties en professionals.

Met de AZWA-afspraken beogen de partijen een zo groot mogelijk dempend effect op het personeelstekort en dat we met minder meer mensen de zorg en welzijn die echt nodig is, kunnen leveren. Partijen spreken daarom af om de randvoorwaarden voor de transformaties te verstevigen, inclusief het leervermogen in organisaties. De focus van deze afspraak ligt op de opleiding en scholing (leven lang leren) van professionals, eerst en vooral waar tekorten het grootste zijn en waar de beweging naar de voorkant om vraagt. We willen meer, sneller en beter opleiden.

Scholing en ontwikkeling is ook van groot belang om de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg goed tot uitvoering te brengen.

Impact
Het versterken van het lerend vermogen van organisaties is cruciaal om de impact van de overige maatregelen in het AZWA te maximaliseren. Immers als wij niet in staat zijn anders te acteren krijgen we wat we kregen. De toepassingen van technologische - (bijv. AI) en sociale innovaties (bijv. reablement) en passende zorg (bijv. samenwerking welzijn, palliatieve zorg, doelgericht indiceren en doelgestuurd behandelen) zijn majeure veranderingen. Dit vraagt om scholing en aandacht voor de professionals die dit mogelijk moeten maken. Als dat lukt, houden we de zorg en welzijn voor zoveel mogelijke mensen die het nodig hebben, toegankelijk en van goede kwaliteit.

De komende decennia wordt een grote groei van de vraag naar zorg en welzijn verwacht. Daarom is het essentieel de afspraken structureel te borgen. Met deze afspraken werken we ook aan het behoud van instroom in de opleiding voor tekortberoepen, voldoende loopbaanmogelijkheden en het verminderen van de uitstroom van professionals uit organisaties in het sociaal domein, publieke gezondheid en de zorg.

Wie gaat wat doen en wanneer:

Partijen:
Verstevigen samen de instroom, om vroege uitval te voorkomen:
Iedereen (starters, zij-instromers, herintreders, mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt) die wil werken in onze sector is welkom. We bieden de mogelijkheid om snel te starten met een loopbaan, waarin mensen zich in hun eigen tempo kunnen ontwikkelen. We richten ons op de beroepen en sectoren waar de tekorten het grootst zijn, vooral op het snijvlak van zorg en welzijn. We investeren in de bestaande beroepen, in ontwikkeling van bestaande beroepen en onderzoeken welke beroepen eventueel nieuw gevormd kunnen worden. Partijen spreken met elkaar af hoe wij deze mensen zo snel mogelijk inzetbaar maken, goed begeleiden en behouden:

a) De samenwerking tussen onderwijs en zorg en welzijn moet (beleidsmatig en in praktijk) versterkt worden. Het behalen van transitiedoelen in het Integraal Zorgakkoord is in grote mate afhankelijk van de toestroom van nieuwe professionals. Speciale aandacht is nodig voor de verzorgende IG en opleiden van de praktijkondersteuner huisarts.

b) Partijen (aanbieders en professionals) zetten zich in om in samenwerking met het onderwijs in 2025 gezamenlijk **landelijke afspraken** te maken over de uitgangspunten van vernieuwend (waaronder domeinoverstijgend) opleiden in zorg- en welzijn (mbo en hbo). Hierbij ligt de nadruk op het versterken van vaardigheden van medewerkers op het gebied van technologische - (bijv. AI), sociale innovaties (bijv. reablement) inzet van ervaringsdeskundigen en passende zorg (bijv. samenwerking welzijn, palliatieve zorg, doelgericht indiceren en doelgestuurd behandelen).

c) Partijen (aanbieders en professionals) zetten zich in om in samenwerking met het onderwijs vanaf 2025 in elke arbeidsmarkt- **regio-afspraken** te maken (met gebruik van bestaande netwerken) over het inbedden van actuele thema's in opleidingen en (bij- en na-) scholing: passende zorg, digitalisering, het voorkomen van zorg, individuele en collectieve preventie, palliatieve zorg, de samenwerking met het informele netwerk en het sociaal domein (o.a. meelopen van zorgmedewerkers met sociaal werkers andersom). Het uitgangspunt is 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor'.

d) Partijen (aanbieders en professionals) zetten zich in om in samenwerking met het onderwijs gezamenlijk af te spreken in elke arbeidsmarkt regio (met gebruik van bestaande netwerken) op basis van een regionale toekomstvisie hoeveel opleidings- en leertrajecten nodig zijn in zorg en welzijn. Partijen maken in iedere regio afspraken over vernieuwende – en in de praktijk bewezen vormen – van praktijkonderwijs (zoals zorginnovatiecentra, domeinoverstijgende praktijkroutes, etc.).

e) Het kabinet (OCW) maakt afspraken met (mbo) scholen en werkgevers over het opleidingsaanbod, om studenten gerichter op te leiden voor de grote maatschappelijke opgaven waar Nederland voor staat, waaronder de zorg en welzijn.

Verstevigen samen het aanbod van vervolg- en strategisch opleiden
Er zijn prachtige plekken in zorg en welzijn om te werken en zich te ontwikkelen. Meer aandacht voor deze plekken is van belang. Dit moet bijdragen aan de versterking van het imago van deze sectoren. Voor het ziekenhuis staat een stevige infrastructuur voor de (medische) vervolgopleidingen. Daarbuiten nog niet. Het verbeteren van de ontwikkeling en het loopbaanperspectief voor professionals buiten het ziekenhuis is hierbij een belangrijke randvoorwaarde. Bijvoorbeeld via specialisaties of beroepen die bijdragen aan de beweging naar de medische, verpleegkundige en sociale voorkant. Partijen werken naar een samenhangend opleidingsstelsel.

f) Randvoorwaarde is weten wat nodig is. De mogelijkheden daarvoor worden verkend met het Capaciteitsorgaan en het College Zorgopleidingen en met ook gebruik van andere bronnen zoals de data van het AZW-prognosemodel. Uitgangspunt van de verkenning is om voor heel zorg en welzijn te ramen.

g) Partijen spreken af om aanvullende opleidingsplekken (waar nu geen ruimte voor is) aan te bieden daar waar de behoefte het grootst is: vervolg- en strategische opleidingen rondom snijvlak van sociaal domein en zorg, zoals bijvoorbeeld voor de verzorgenden IG, verpleegkundige, de verpleegkundige specialist, de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en de sociaal werker. Partijen stellen in 2025 een lijst op welke vervolg- en strategische opleidingen dit precies betreft.

Bereiden professionals goed voor (strategisch opleiden)
h) Voor de implementatie van andere afspraken op het terrein van technologische (bv AI-toepassingen) en sociale innovaties, medische technologie, palliatieve zorg, inzet van passende zorg en domein-overstijgende samenwerking, spreken partijen af professionals te ondersteunen om deze beweging te maken met o.a.
   - Trainings- en scholingsprogramma's;
   - Zelfevaluatietools;
   - (Gebruik van) Standaarden en richtlijnen

Verstevigen de randvoorwaarden
i) Zorg- en welzijnsaanbieders maken inzichtelijk wat hun (netto) kosten voor opleidings- of leertrajecten zijn. Dit geldt ook voor flexibel en modulair (vervolg- en strategisch) opleiden. Onderbouwing komt uit regionale afspraken (c.) en ramingen (f.).

j) Partijen spreken af dat bovenstaande afspraken en de opleidingen in zorg en welzijn structureel bekostigd worden voor zowel de ziekenhuizen als buiten het ziekenhuis. Dit betekent dat ook de beschikbare middelen voor opleidingen ten behoeve van de msz-sector vanaf 2027 structureel geborgd zullen zijn. Dit geldt eveneens voor de reeds op de VWS-begroting geoormerkte middelen voor opleiden ten behoeve van de wijkverpleging.

k) Daarnaast spreken partijen af te verkennen hoe opleiden structureel bekostigd wordt, waarna op basis van deze verkenning uiterlijk voorjaar 2026 besluitvorming plaatsvindt over de invulling van de benodigde structurele financiering. Het streven is om hierbij zo veel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande/reguliere financieringsinstrumenten, in het bijzonder voor de opleidingen ten behoeve van de wijkverpleging. Waar dit niet past worden er nieuwe financieringsinstrumentaria ontwikkeld. Daarbij gelden twee uitgangspunten: 1) uitvoering van het financieringsinstrument met zo min mogelijke administratieve lasten gepaard gaat en 2) dat als er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn, VWS waar nodig de budgetten indexeert voor het opleiden en scholen van medewerkers in zorg en welzijn.

l) Partijen spreken af om de middelen ten behoeve van het opleiden buiten het ziekenhuis nader te specificeren en daarmee te verdelen over de volgende vier posten:
- Verstevigen initieel opleiden (afspraken onder d en e);
- Verstevigen aanbod vervolg- en strategische opleidingen (afspraken onder g),
- Bereiden professionals goed voor (afspraken onder h), en;
- Verstevigen van de randvoorwaarden. Onder het verstevigen van de randvoorwaarden wordt verstaan de afspraken onder c, f, n en o, alsmede het voortzetten en het integreren van de bestaande loopbaaninstrumenten Youchooz, Zorginspirator, Sterk in je werk en Next Level Dokter.

m) VWS bereidt – waar nodig – wijziging van wet- en regelgeving voor om bovenstaande mogelijk te maken.

n) Partijen spreken af de ingezette maatregelen te evalueren en verbeteren.

o) Werken aan een lerende cultuur waarin zeggenschap een centrale plek krijgt. Iedereen draagt vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid en positie bij aan deze transitie. Om deze beweging te ondersteunen blijven partijen samenwerken via de structuur van het Landelijk Actieplan Zeggenschap (LAZ).

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten blijkt dat de regeldruk voor zorg- en welzijnsaanbieders naar verwachting iets zal toenemen door deze afspraak. De regeldruk komt voort uit de verantwoording die zorg- en welzijnsaanbieders zullen moeten gaan afleggen over de besteding van (nieuwe) middelen voor opleiden en ontwikkelen van personeel. Het gaat dus om extra regeldruk voor met name stafmedewerkers en in mindere mate voor cliëntgebonden personeel. Om hoeveel regeldruk het gaat en in welke vorm, is afhankelijk van de nog te kiezen financieringsvorm (tarieven, subsidies, fondsen, beschikbaarheidsbijdrage). De insteek is om de regeldruk voor verantwoording zo beperkt mogelijk te laten zijn.

Toelichting:
De zorg verplaatst zich steeds meer naar de thuissituatie en de wijk waar mensen wonen. De vraag naar welzijn, zorg en ondersteuning van onder meer huisartsen, (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, verpleegkundig specialisten en sociaal werk groeit. Juist deze ‘tekortberoepen’ zijn noodzakelijk om de dubbele vergrijzing op te vangen en de beweging naar steeds meer welzijn en zorg dicht bij huis te realiseren.

Uit recent onderzoek[20] blijkt dat een grotere inzet op sociaal werk de krapte op de arbeidsmarkt in potentie kan verkleinen. Het rapport veronderstelt dat de extra inzet van circa 9.000 extra sociale werkers het arbeidsmarkttekort in 2033 kan verkleinen van 253.000 (basisscenario) naar 222.800 (minimaal effect impulsscenario). Niet voor alle sectoren heeft de grotere inzet eenzelfde positief effect (bijv. bij huisartsenzorg). Het scenario onderzoek van onderzoeksprogramma AZW [21] laat zien dat met “reablement” (zorg dat i.p.v. zorg voor) het tekort aan zorgpersoneel met 12% kan worden teruggedrongen en een grotere rol voor informele zorgverleners kan het tekort met 14% doen dalen. Professionals (aankomende en huidige) in zorg en welzijn moeten zich razendsnel ontwikkelen om de met de met IZA beoogde beweging te kunnen maken. Met deze afspraak dragen we bij aan twee factoren voor het behalen van de doelstelling.

A. Hogere productiviteit
Deze afspraak is randvoorwaardelijk voor het laten slagen van de AZWA-beweging, omdat professionals voldoende geëquipeerd moeten worden om enerzijds de beweging naar zorg thuis of dichtbij huis te maken en passende zorg te leveren en anderzijds het werk anders in te richten (bijvoorbeeld via digitalisering). Door hierop in te zetten wordt de impact van de overige AZWA-afspraken vergroot.

B. Verhoging instroom en verlaging uitstroom
Via initieel opleiden, vervolg- en strategisch opleiden zetten we in op (het vergroten van) vakmanschap van (toekomstige) professionals en bieden hen een aantrekkelijk loopbaanperspectief. De impact hiervan is groot met een grotere instroom en het terugdringen van de uitstroom uit de sector.

B4 We ondersteunen medische preventie zoals vaccinaties als hiermee zorgvraag wordt voorkomen

Afspraak medische preventie ter voorkoming zorgvraag

Wat is de afspraak?

De AZWA-partijen beperken de toestroom in de Zvw-zorg door inzet van medische preventiemaatregelen die ook de kwaliteit van leven verbeteren.
A. Om dit te realiseren implementeren we de volgende maatregelen: RSV-immunisatie, gordelroosvaccinatie, inzet AI bevolkingsonderzoek borstkanker, MRI-screening vrouwen met zeer dicht borstweefsel en een intensivering van de Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG).
B. Via de reguliere begrotingsbesluitvorming is het mogelijk om Zvw-besparingen van medische preventiemaatregelen in te zetten voor investeringen in medische preventie. De maatregelen verdienen zichzelf individueel of als pakket terug. Het eventuele onrendabele deel kan worden gedekt op de Rijksbegroting via de reguliere begrotingsprocessen en binnen de begrotingsregels. Daar waar een pakket aan maatregelen in samenhang volledig en bewezen kostenbesparend is, creëren we de mogelijkheid om over dit pakket integraal te besluiten. De Zvw-besparing kan worden ingezet als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:
   1. voldoende bewijslast over de verwachte besparing;
   2. de besparing wordt gerealiseerd door een intensivering van een bestaande of nieuwe maatregel;
   3. dekking voor de gehele looptijd van de maatregel of samenhangende maatregelen;
   Het kabinet besluit over maatregelen na het doorlopen van deze criteria via de reguliere begrotingsprocessen.
C. Op de ontwikkelagenda staan maatregelen die nader worden onderbouwd, zodat daarover besluitvorming kan plaatsvinden.

Wie gaat wat doen:
A. Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de implementatie van deze maatregelen.
B. Het ministerie van VWS levert onafhankelijk onderbouwde business cases voor preventiemaatregelen aan die aan de afgesproken criteria voldoen. Binnen de reguliere systematiek van adviezen van de Gezondheidsraad en uitvoeringstoetsen van het RIVM, worden uitvoerings- en capaciteitsaspecten betrokken. Waar relevant met betrokkenheid van AZWA-partijen.

Wat is het tijdpad:
Met het afsluiten van het AZWA committeren de AZWA-partijen zich aan deze structurele werkwijze.
De start van de implementatie van de maatregelen onder A is uiterlijk voorzien in 2027.

[20] Inzetten op de potentie van sociaal werk – alternatieve scenario’s, ABF, november 2024
[21] Arbeidsmarkt zorg en Welzijn 2033, Eindrapportage toekomstscenario’s, AZW, mei 2024

AD A Te implementeren maatregelen

RSV-immunisatie

- De Gezondheidsraad (GR) heeft geadviseerd om kinderen in hun eerste levensjaar tegen het respiratoir syncytieel virus (RSV) te immuniseren.
- De RSV-immunisatie zal komend najaar (september 2025) definitief van start gaan. Baby's geboren vanaf 1 april jl. komen in aanmerking voor de RSV-immunisatie bij de jgz.
- Naar verwachting zal het immunisatieprogramma tegen RSV 1.979 ziekenhuisbezoeken en 13.000 huisartsenbezoeken voorkomen.

Inzet AI bevolkingsonderzoek borstkanker

- We investeren in de inzet van kunstmatige intelligentie (AI) in de borstkankerscreening.
- De inzet van AI leidt tot gezondheidswinst. Het aantal voorkomen borstkankersterfgevallen, gewonnen levensjaren en QALY's neemt toe. De werklast voor radiologen (en daarmee uiteindelijk ook het aantal benodigde radiologen) neemt af doordat AI de beoordeling van mammografiebeelden ondersteunt.
- De Gezondheidsraad heeft in 2024 positief advies uitgebracht om voorbereidingen te treffen voor de inzet van AI bij het bevolkingsonderzoek borstkanker.

Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG)

- Met de ASG-regeling bieden GGD'en een aantal taken:1) aanvullende soa-zorg aan personen uit hoog-risicogroepen die zorg bij de huisarts zouden mijden om bijvoorbeeld financiële redenen, schaamte of angst voor veroordeling; 2) PrEP-zorg: begeleiding bij het slikken van zeer kosteneffectieve preventieve hiv-medicatie aan personen met verhoogd risico op hiv; 3) seksualiteitshulpverlening aan jongeren tot 25 jaar.
- Met de intensivering op aanvullende soa-zorg en PrEP-zorg wordt verdere verspreiding van soa's tegengegaan en worden hiv-besmettingen voorkómen., belasting van huisartsenzorg en tweedelijnszorg, en voorkómt ziektelast.
- Voor het PrEP aanbod ligt een positief advies van de Gezondheidsraad. Voor de aanvullende soa-zorg is een Gezondheidsraad advies aanvraag niet opportuun: het gaat om reeds langdurig aangeboden aanvullende soa-zorg door de GGD.

MRI-screening vrouwen met zeer dicht borstweefsel

- Binnen het al bestaande bevolkingsonderzoek borstkanker wordt additionele MRI-screening mogelijk gemaakt voor de ongeveer 160.000 vrouwen met zeer dicht borstweefsel.
- Vrouwen met zeer dicht borstweefsel lopen een verhoogd risico op borstkanker én de detectie van afwijkingen op een mammografie is bij hen lastiger. Aanvullende MRI-screening is daarom gewenst.
- Het RIVM onderzoekt momenteel hoe aanvullend MRI-aanbod gerealiseerd kan worden. Daarna zal de Gezondheidsraad advies uitbrengen.

Vaccinatie tegen gordelroos

- We maken een programmatisch aanbod voor vaccinatie tegen gordelroos voor alle 60-jarigen. Op basis van de middelen die beschikbaar zijn wordt – in samenspraak met het RIVM – bekeken op welke wijze een inhaalcampagne het beste kan worden vormgegeven (waarbij het uitgangspunt is om per beschikbare euro een zo hoog mogelijke gezondheidswinst te realiseren).
- Jaarlijks bezoeken zo'n 94.000 mensen de huisarts vanwege gordelroos. Het aantal ziekenhuisopnames door gordelroos wordt geschat op 500 per jaar.

AD B Werking begrotingssystematiek

1. **Scope van Medische Preventie**
   Met medische preventie wordt het zorggebruik verminderd door vroege signalering of medische behandeling/ vaccinatie ter voorkoming van (verspreiding van) ziekte. Het kan gaan om nieuwe maatregelen of intensiveringen van bestaande maatregelen, mits ze aantoonbaar de kwaliteit van leven verbeteren en tot een **besparing leiden op zorg** in de toekomst. De maatregelen verdienen zichzelf individueel of als pakket terug. Bijvoorbeeld:
   - vaccinaties
   - bevolkingsonderzoeken waarbij door screening behandelingen vroeger worden gestart en duurdere behandelingen later worden voorkomen.

2. **Criteria**
   1. Nieuwe maatregelen komen in aanmerking op voorwaarde van een positief advies van de Gezondheidsraad of het RIVM. Het advies bevestigt dat de beoogde preventieve maatregel zowel medisch als economisch verantwoord (kosteneffectief) is en bijdraagt aan meer kwaliteit van leven. Voor al bestaande maatregelen die geïntensiveerd worden, moet een beleidsevaluatie positief resultaat hebben aangetoond, of dit moet volgen op basis van het aankomende advies en de richtlijn van de Adviescommissie richtlijn passend bewijs preventie.
   2. Voor elke maatregel wordt onderbouwing aangeleverd op basis van passend bewijs zoals wordt vastgesteld door de Adviescommissie richtlijn passend bewijs preventie ten aanzien van de volgende onderdelen:
      - De maatregel realiseert gezondheidswinst, kwaliteit van leven en bespaart zorgkosten.
      - Kosten-batenanalyses bieden onderbouwing voor de verwachte besparingen in de diverse patiëntenstromen gespecificeerd naar Zvw-sectoren. Denk aan minder ziekenhuisopnames, lagere medicatiekosten of besparingen in personeel.
      - Inzicht in het tijdsverloop van de Zvw-besparing en een inschatting van de benodigde incidentele en structurele kosten voor de implementatie en uitvoering van de preventiemaatregel.
   3. Agendering in BO IZA/AZWA t.b.v. draagvlak. Bij het prioriteren van preventieve maatregelen wordt eveneens de gezondheidswinst meegewogen.
   4. Mocht een deels uit het Zvw-kader gefinancierde maatregel worden gestopt dan worden de gevolgen voor de Zvw-uitgaven in kaart gebracht en kan besloten worden om het Zvw-kader te corrigeren indien er een besparingsverlies optreedt.

Het kabinet besluit over maatregelen na het doorlopen van deze criteria. Het kabinet behoudt de verantwoordelijkheid voor een besluit, zoals ook gebruikelijk bij opvolging aan Gezondheidsraadadviezen. De reguliere begrotingsregels en processen blijven van toepassing.

3. **Werking begrotingssystematiek**
   Als er onder een medische preventiemaatregel een hard onderbouwde business case ligt - waarbij de kosten en besparingen meerjarig in beeld zijn gebracht – dan kunnen we volgens de begrotingssystematiek de besparing in de Zvw inboeken en gebruiken als dekking om deze maatregel (deels) te financieren. Dit doen we middels een overheveling van het Zvw-kader naar de Rijksbegroting na een kadercorrectie: met de implementatie van de bewuste maatregel wordt het Zvw-kader verlaagd met de hoogte van de verwachte besparing – niets meer/minder. De overheveling vindt plaats op het moment dat de besparing zich voor gaat doen. Verder geldt:
   - De kosten van (preventie)maatregelen worden op basis van de begrotingssystematiek via de begroting gefinancierd (en dus betaald uit belastingen) en verantwoord. Dit verloopt via de reguliere begrotingsprocessen.
   - Maatregelen met een niet volledig sluitende businesscase komen in aanmerking als het kabinet besluit om de resterende kosten (de onrendabele top) te dekken op de Rijksbegroting.

Het doel van deze afspraak is het stimuleren van de beweging van zorg naar gezondheid, inclusief een besparing op Zvw-zorg. De voorgestelde wijze van financiering is daarbij cruciaal omdat de potentiële besparingen door medische preventie in de Zvw onvoldoende benut worden. Dit komt mede omdat maatregelen een lange aanlooptermijn hebben. Via deze weg willen we zoveel mogelijk baten in de Zvw realiseren en een versnelling aanbrengen in de beweging van zorg naar gezondheid. Doordat latere en zwaardere zorgbehandelingen worden voorkomen leveren de maatregelen zowel arbeidsbesparing in de zorg als besparing in Zvw-zorg op.

4. **Monitoring, evaluatie en bijsturing**
   AZWA-partijen maken afspraken over de wijze van monitoring van de effecten van maatregelen. Bijvoorbeeld op basis van RIVM-evaluaties van bevolkingsonderzoeken. Er wordt periodiek over de monitoring gerapporteerd in het BO IZA/AZWA. Eventueel volgt bijsturing.

5. **Ontwikkelagenda**
   Op de ontwikkelagenda staan maatregelen die nader worden onderbouwd, zodat daarover besluitvorming kan plaatsvinden. De ontwikkelagenda wordt in samenspraak met de relevante AZWA-partijen ontwikkeld en wordt jaarlijks aan de AZWA-tafel besproken, zodat potentiële maatregelen tijdig in kaart kunnen worden gebracht.

   Momenteel staat op de ontwikkelagenda:
   - Mondzorg voor minima
   - Verlaging startleeftijd darmkankerscreening
   - Obesitasmedicatie voor minima
   - Covidvaccinatie

   En andere maatregelen, zoals: Risicostratificatie in bevolkingsonderzoek, voorkomen en screenen huidkanker, en screening en vroege opsporing jgz (bijv. allergieën, coeliakie, postnatale depressie).

3.2 Gelijkwaardigere toegang tot zorg

Inzet: Gelijkwaardigere toegang tot zorg tussen met name hoger opgeleiden die de weg beter kennen en mensen voor wie dat lastiger is.

C1 We zorgen dat mensen met urgente problemen sneller zorg ontvangen

We zorgen dat mensen met urgente problemen sneller zorg ontvangen

Wat is de afspraak:
Iedereen heeft recht op tijdige en passende zorg. Door de toenemende schaarste is het van groot belang om de zorgcapaciteiten zo effectief en efficiënt mogelijk in te zetten. Hiertoe dient passende zorg rekening houdend met de persoonlijke omstandigheden van de patiënt overal te worden toegepast. Behalve met doelmatigheid van de behandeling houden we rekening met de urgentie van iemands zorgvraag en de kwetsbaarheid van iemands situatie. We vinden het ongewenst als voor bepaalde groepen er een ongelijke toegang tot zorg is. Het doel is gelijkwaardige toegang tot zorg.

Voor de msz zetten we daarom in op het versterken van de triage, zodat iedereen kan rekenen op een gelijkwaardige behandeling. Er is eerst meer inzicht nodig in de elementen die bijdragen aan een ongewenste ongelijke behandeling. Daarna wordt gekeken naar oplossingen in de keten om ongelijke toegang te verminderen.

Wie gaat wat doen:

Voor de msz
1. In opdracht van de NFU wordt onderzocht welke elementen en maatregelen van o.a. triage bijdragen aan een gelijkwaardige toegang tot zorg. Hiervoor wordt een onderzoek uitgevoerd binnen drie subgroepen; 1) oncologische patiënten, 2) een patiëntengroep met nu al een lange wachttijd en 3) mensen die zorg mijden. Het doel is om de redenen te achterhalen waarom bepaalde groepen een minder goede toegang hebben tot zorg. Hierbij is specifieke aandacht voor de mensen die zorg mijden en mensen met een lage sociaal economische positie (SEP)/ sociaal economische status (SES).
2. Deze elementen uit de verkenning worden door de AZWA-partijen in de keten opgepakt.
3. Waar bovenstaand onderzoek leidt tot concrete aanbevelingen pakken zorgprofessionals, aanbieders, patiëntenorganisaties, team overheid en zorgverzekeraars dit proactief op.

Wat is het tijdpad:
1. Msz: Het onderzoek wordt Q2 2026 opgeleverd. Hierbij betrekken we ook de onderzoeken die er al zijn.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
De regeldrukeffecten zijn op dit moment onbekend. De afspraak behelst uitvoeren van een onderzoek, dat onder andere inzicht gaat geven in welke elementen en maatregelen van bijvoorbeeld triage bijdragen om een gelijkwaardige toegang tot zorg te garanderen. Wat deze elementen zijn, is nog onbekend en daarmee ook het precieze effect op de regeldruk.

Toelichting:
Iedereen heeft recht op tijdige en passende zorg, dit geldt specifiek voor mensen met complexe (multi) problematiek. We vinden het ongewenst als voor bepaalde groepen mensen er een ongelijke toegang tot zorg is. Door de halvering van het verplichte eigen risico, is het de verwachting dat de zorgvraag verder groeit. Het is daarbij wenselijk dat we in de toegang tot zorg hier aandacht aan besteden, mensen met een urgente(re) zorgvraag ook in de toekomst tijdig geholpen worden. Mensen moeten snel geholpen worden als zij urgente medische en/of psychische problemen ervaren. Uitgangspunt is gelijkwaardige toegang tot zorg, zoveel mogelijk in de nabijheid van de patiënt en dus in de eigen regio.

Om er in de msz voor te zorgen dat de urgentie van de zorgvraag leidend is voor wie het eerst in behandeling wordt genomen is het noodzakelijk de triage verder te versterken en tevens is inzet nodig voor kwetsbare groepen. Om de gelijkwaardige toegang van de medisch-specialistische zorg te borgen, is het van belang dat alleen mensen in een ziekenhuis gezien worden waarvoor dit medisch noodzakelijk is. De huisarts heeft hierin een cruciale rol als poortwachter om passende zorg mogelijk te maken en verwijst alleen wanneer medisch noodzakelijk patiënten naar het ziekenhuis.

C2 Naar één landelijke voorziening voor alle vragen rondom toegang en gebruik van digitale zorg

Opschaling helpdesk digitale zorg

Wat is de afspraak:
Om passende digitale en hybride zorg voor iedereen in Nederland toegankelijk te maken, schalen we de dienstverlening op naar een landelijke voorziening/helpdesk. Hiermee realiseren we een landelijk dekkend netwerk voor digitale zorgondersteuning: één centraal punt voor alle niet-medische vragen rondom toegang en gebruik van digitale zorg, dat nauw samenwerkt met lokale, fysieke ondersteuningspunten. Dit draagt bij aan een toekomstbestendige zorginfrastructuur, het verlicht de werkdruk van zorg- en welzijnsprofessionals, het vermindert digitale ongelijkheid en bevordert een inclusieve samenleving waarin (digitale) zorg voor iedereen toegankelijk is.

Wie gaat wat doen:
- AZWA-partijen en de landelijke voorziening maken duidelijke afspraken over de scope van de dienstverlening en de samenhang met ondersteuning vanuit zorg- en medische servicecentra, ondersteuningspunten van fysieke zorg- en welzijnsorganisaties en openbare bibliotheken.
- AZWA-partijen committeren zich aan het gebruik van de landelijke voorziening en gaan digitale zorgondersteuning in beginsel niet meer (volledig) zelf organiseren.
- Borging van het gebruik van de landelijke voorziening vindt (o.a.) plaats in lijn met de afspraken vanuit Digizo.nu, in de zorginkoop afspraken van de financiers en afspraken met andere ondersteuningsaanbod zoals o.a. openbare bibliotheken.
- AZWA-partijen stimuleren dat leveranciers de contactgegevens van de landelijke voorziening goed vindbaar maken in de digitale zorgtoepassingen. Waarbij ook aandacht moet zijn voor de verantwoordelijkheid van de leverancier voor gebruiksvriendelijkheid en ondersteuning.
- AZWA-partijen geven opdracht aan de landelijke voorziening om een helder implementatieplan uit te werken met aandacht voor de bovengenoemde punten.
- VWS en ZN stellen een financieringsplan op voor tijdelijke financiering t/m 2028 voor de AZWA-periode en doen in die periode in samenspraak met andere AZWA-partijen een voorstel voor structurele financiering voor de periode daarna.

Wat is het tijdpad:

2025:
- AZWA partijen geven opdracht om bovengenoemde punten (scope, samenhang, borging, financiering, etc.) in een businessplan uit te werken en vervolgens op basis van een gedegen plan en meerdere voorstellen plan toewerken naar de keuze voor een geschikte partij.
- De AZWA partijen stellen een businessplan op en werken vervolgens, op basis van een gedegen plan en meerdere voorstellen, toe naar de keuze voor een geschikte partij.
- AZWA-partijen geven vervolgens opdracht aan de landelijke voorziening om een helder implementatieplan uit te werken met aandacht voor de eigen activiteiten en die van andere veldpartijen.
- VWS en ZN stellen in samenspraak met andere veld- en systeempartijen een financieringsplan voor de tijdelijke financiering t/m 2028 op voor de AZWA-periode met daarin opgenomen een voorstel voor structurele financiering vanaf 2029.

2025-2028:
- De landelijke voorziening geeft in samenwerking met partijen invulling aan de door AZWA-partijen geformuleerde opdracht om gecontroleerd door te groeien naar een landelijke voorziening in 2028/2029.

2028 en verder:
- Duurzame verankering van de landelijke voorziening binnen het zorg- en welzijnsdomein, inclusief structurele financiering.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting afneemt door deze afspraak. Door de ondersteuning van burgers/patiënten/cliënten/mantelzorgers bij hun digitale hulpvragen wordt voorkomen dat deze hulpvragen bij de professional terecht komen en bespaart daarmee (administratie)werklast.

Toelichting:
Op dit moment hebben veel mensen moeite om mee te komen met de digitale transformatie, waardoor zij drempels ervaren bij het gebruik van digitale en hybridezorg en -ondersteuning. Dit belemmert de volledige benutting van de kansen die digitalisering in de zorg biedt en zet de toegang tot zorg onder druk. Naar schatting hebben 2,5 tot 4,5 miljoen [22] Nederlanders moeite met het gebruik van digitale zorgtoepassingen. Dit aantal ligt naar verhouding nog hoger binnen de groepen die het meeste zorg nodig hebben. Digitale vaardigheden en gerichte ondersteuning zijn essentiële randvoorwaarden voor de succesvolle inzet en toegankelijkheid van digitale en hybride zorg.

Een landelijke voorziening in samenhang met fysiek aanbod speelt een belangrijke rol in de digitale transformatie en het ondersteunen van burgers, cliënten, patiënten en hun naasten zoals mantelzorgers bij het gebruik van digitale zorg en ondersteuning. Dit neemt ook vragen en druk weg bij professionals en aanbieders en gaat versnippering van ondersteuning tegen. Om het potentieel van een landelijke helpdesk volledig te benutten en goede ondersteuning te bieden aan gebruikers van digitale zorg, met daarbij specifieke aandacht voor mensen met beperkte gezondheids- en digitale vaardigheden, is structurele, landelijk dekkende financiering noodzakelijk. Er liggen concrete voorstellen waarmee een landelijke voorziening zich verder kan ontwikkelen tot een schaalbare, inclusieve en duurzame oplossing voor ondersteuning bij digitale zorg. Door de maatschappelijke waarde en het potentieel te erkennen, kunnen we sneller gezamenlijk een toegankelijker zorgsysteem creëren, dat niet alleen de zorgvrager ten goede komt, maar ook de zorginstellingen ondersteunt bij de zorg- en digitale transformatie.

Een landelijke helpdesk voor digitale zorg draagt bij aan oplossingen voor de groeiende uitdagingen waarmee zorginstellingen en patiënten worden geconfronteerd. Voor zorgvragers biedt de landelijke voorziening één centraal aanspreekpunt voor ondersteuning bij digitale zorg, ongeacht het type zorg, zorgproces of toepassing. Een landelijke helpdesk die nauw samenwerkt met lokale fysiek ondersteuningspunten voorkomt regionale ongelijkheden en versnippering van kennis en financiële middelen. Dit draagt bij aan gelijke toegang en ondersteuning voor alle burgers, ongeacht hun locatie, vaardigheden, voorkeuren of achtergrond. Tegelijk is

[22] CommunicatieRijk (2024, 1 november). Wie bereikt de (Rijks)overheid niet?

het niet de enige manier om burgers, patiënten en cliënten te ondersteunen. Naast deze voorziening zijn er bijvoorbeeld ook (fysieke) steunpunten in bibliotheken en bij zorginstellingen. Het is belangrijk dat een landelijke helpdesk samenwerkt het met het lokale fysieke ondersteuningsaanbod. Een landelijke voorziening is een afspraak die zowel geldt voor het AZWA als het HLO.

Zorg- en welzijnsprofessionals profiteren eveneens van de ondersteuning van een landelijke helpdesk, die veel niet-medische vragen over digitale zorg uit handen neemt. Dit ontlast zorg- en welzijnsaanbieders en zorgverleners waardoor zij zich meer kunnen richten op hun kerntaken: het verlenen van zorg en het verbeteren van patiënttevredenheid, maar bevordert ook de acceptatie van digitale en hybride zorg en draagt bij aan een efficiëntere en prettigere werkomgeving.

C3 Transparantie: actieve zorgbemiddeling mogelijk maken en inzicht in wachtlijsten verbeteren

C3a Transparantie wachttijden ggz (Zvw) en proactieve bemiddeling

Transparantie wachttijden

Wat is de afspraak:
Partijen spreken af dat wachtlijstgegevens accuraat en transparant zijn voor zorgverzekeraars, verzekerden/patiënten en verwijzers, zodat reëel inzicht verkregen wordt in wie waar op de wachtlijst staat en hoe lang. Dit inzicht in de vraag naar zorg in de ggz wordt verkregen door de retrospectieve wachttijden af te lezen vanuit het declaratiebericht en de prospectieve wachttijden (actueel wachtenden) af te lezen vanuit de verwijsgegevens. Ook wordt er gewerkt aan het inzichtelijk maken van het beschikbare aanbod/capaciteit van de zorgaanbieders en het beter inzichtelijk maken van de hulpvraag (klachtenprofiel). Deze gegevens worden bij elkaar gebracht in een digitale tool, wat het voor partijen mogelijk maakt om te komen tot matching van vraag en aanbod, in eerste instantie op regionaal niveau. Accurate wachtlijsten helpen verzekeraars om hun eigen verzekerden – indien de verzekerde dit wenst – te bemiddelen naar een zorgaanbieder met een kortere wachttijd. Mogelijk vervangt dit proces in de toekomst de huidige transfertafels.

Achtergrond:
Doelstelling van het AZWA is verdere stijging van de wachtlijsten te voorkomen en wachttijden binnen de daarvoor geldende normen te brengen. Zo hebben mentale gezondheidsnetwerken (met de functies verkennend gesprek, transfermechanisme, informatievoorziening wachttijden en domeinoverstijgend casusoverleg) en de laagdrempelige steunpunten als doel om mensen sneller op de juiste plek te helpen. Daarbij kan bemiddeling door zorgverzekeraars uit hoofde van hun zorgplicht, een belangrijke rol spelen. Verzekeraars weten dat er onbenutte mogelijkheden zijn om de wachttijd te verkorten voor hun verzekerden. Op dit moment is slechts een klein percentage van de patiënten op de hoogte van de mogelijkheid van zorgbemiddeling door hun verzekeraar. Ook is zorgbemiddeling nu een reactieve dienst. Verzekeraars kunnen pas bemiddelen als de patiënt daarom vraagt. Dat maakt het moeilijk om patiënten gericht te bemiddelen richting een passende plek waar ze sneller aan de beurt zijn. Hierdoor wordt niet al het zorgaanbod optimaal benut. Hiervoor is het nodig dat verzekeraars inzicht krijgen in de relevante data vanaf het moment van verwijzing naar de zorgaanbieder. Vervuilde wachtlijsten staat effectieve zorgbemiddeling in de weg, daarom is het noodzakelijk dat deze informatie zo snel mogelijk opgeschoond wordt.

Daarbij zijn nadere afspraken nodig die recht doen aan de respectieve verantwoordelijkheden en betrokkenheid van de partijen (zorgaanbieders, verwijzers, patiënten, verzekeraars) en de -eveneens in het AZWA vervatte- doelstelling zo min mogelijk (liefst: geen) additionele administratieve lasten te creëren en de regeldruk te beperken. Door waar mogelijk aan te sluiten bij bestaande gegevensstromen en ontwikkelingen in de regio kan hier een afname op worden gerealiseerd. De uitwerking van de afspraken bestaat uit 4 onderdelen:
1. Datastroom en administratieve lasten
2. Opschoning van de wachtlijsten
3. Proactieve bemiddeling
4. Aanvullende afspraken

Wie gaat wat doen:

Onderdeel 1: datastroom en administratieve lasten
- Zorgverzekeraars ontvangen bij verwijzing (via de verwijsdienst) een melding dat een verzekerde is doorverwezen naar een zorgaanbieder.
- Partijen maken afspraken over het verkrijgen van inzicht in de datastroom die buiten de verwijsdiensten omgaat in de ggz en over het aansluiten van zoveel mogelijk zorgaanbieders bij verwijsdiensten.
- ZN zorgt voor de desbetreffende optie in Zorgdomein en Vecozo uiterlijk 1/1/26.
- VWS werkt de mogelijkheden van en noodzaak voor een wettelijke grondslag om de data bij verwijzing automatisch te ontvangen uit. Tot een wettelijke grondslag geregeld is, moet de verzekerde hiertoe digitaal via de verwijsdienst toestemming geven. Na verwijzing door de huisarts ontvangt de patiënt van de verwijsdienst de verwijzing met de vraag of de verzekerde/patiënt bij een te lange wachttijd bemiddeld wil worden door de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. Bij toestemming wordt een beperkte set gegevens doorgegeven aan de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar die de patiënt benadert conform de hieronder nader geduide afspraken en uitgangspunten.
- Partijen spreken af dat de dataset beperkt is tot: persoon/BSN, verwijsdatum, vermoeden DSM/klachtenprofiel en zorgaanbieder (AGB), met daarbij de afspraak dat de data alleen gebruikt mogen worden voor het proces van zorgbemiddeling en de evaluatie en analyse van dit proces en niet voor andere doeleinden. Daarbij wordt gehandeld volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars

Onderdeel 2: Opschoning van en inzicht in de wachtlijsten
- Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor adequate wachtlijstinformatie. De wachtlijstinformatie die zorgaanbieders bij de verwijsdienst aanleveren is actueel, accuraat en geeft inzicht in wachttijd tot intake en behandeling.
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders werken gezamenlijk een proces uit voor het schonen van de huidige wachtlijsten van dubbelingen en streven ernaar om dit begin Q1 van 2026 af te ronden. Het gaat indicatief om tussen de 12.000 en 20.000 cliënten die dubbel wachten. Voor het inzichtelijk maken van de huidige wachtlijsten per zorgaanbieder en de dubbelingen maken we gebruik van een TTP. Zorgverzekeraars ontvangen een rapportage met op geaggregeerd niveau de informatie over het aantal wachtenden per zorgaanbieder, en het aantal dubbelingen. Zorgverzekeraars kunnen deze informatie op persoonsgegevensniveau van de TTP niet ontvangen vanwege het ontbreken van een wettelijke grondslag, dat betekent dat zorgaanbieders in de uitvoering verantwoordelijk zijn voor het leggen van contact met de cliënt die op meerdere wachtlijsten staat.
- Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en MIND maken een gezamenlijke afspraak over hoe ze cliënten gaan benaderen die op meerdere wachtlijsten staan. ZN en de Nederlandse ggz maken gezamenlijke afspraken over de verdeling van de kosten. Daarna kan tot uitvoering worden overgegaan.
- Opgeschoonde wachtlijsten leiden tot geschoonde wachttijden. Partijen maken uiterlijk Q1 2026 afspraken over hoe de geschoonde wachttijdinformatie ook inzichtelijk gemaakt wordt voor patiënten/verzekerden.
- In de ggz wachten veel cliënten langer dan de Treeknorm. Om zorgbemiddeling bij deze huidige wachtenden onder de aandacht te brengen wordt door zorgverzekeraars geïnvesteerd in de bekendheid van zorgbemiddeling.

Onderdeel 3: Bemiddeling
- Partijen werken het proces rond proactieve bemiddeling gezamenlijk verder uit waarbij het beperken van administratieve lasten het uitgangspunt is. Over de manier waarop verzekeraars hun verzekerden benaderen worden afspraken gemaakt tussen VWS, de verzekeraars, de aanbieders en MIND. Dit doen deze partijen op basis van onderzoek naar voorkeuren van cliënten en hoe dit gesprek goed te voeren. Daarbij wordt recht gedaan aan de verantwoordelijkheden, rechten en plichten van alle betrokken partijen. Deze afspraken, die betrekking hebben op de eerste fase, worden uiterlijk 1/10/2025 gemaakt.
- In de eerste fase, die duurt vanaf het beschikbaar komen van de doormeldingsoptie in Zorgdomein/Vecozo (uiterlijk 1/1/26) tot voorjaar 2027, zullen alleen patiënten proactief bemiddeld worden die bij verwijzing aansluiten op een wachtlijst waarbij ze langer moeten wachten dan de Treeknorm voor de polikliniek/aanmelding, diagnostiek of behandeling.
- Partijen evalueren eind 2026 de afgesproken werkwijze van proactieve zorgbemiddeling van patiënten die aansluiten op een wachtlijst waarbij ze langer moeten wachten dan de Treeknorm voor de polikliniek/aanmelding, diagnostiek of behandeling. De opzet van de evaluatie stellen partijen gezamenlijk op.

In de evaluatie wordt in ieder geval ook gekeken naar:
  - Is de wachttijdinformatie accuraat en actueel en levert iedereen aan?
  - Hoe bevalt de zorgbemiddeling de patiënten?
  - Zijn er procesaanpassingen nodig volgens aanbieders, verzekeraars en patiënten?
  - Kunnen we bemiddeling verder uitbreiden, is dat behulpzaam voor de patiënt en uitvoerbaar in de processen van eenieder?
  - Draagt de proactieve zorgbemiddeling bij aan de verwezenlijking van de doelen zoals beschreven in fiche C6?
- Afhankelijk van de uitkomsten van de evaluatie is het vanaf voorjaar 2027 ook mogelijk patiënten proactief te bemiddelen die korter dan de Treeknorm moeten wachten.
- De afspraken voor de tweede fase worden uiterlijk 31/12/2026 gemaakt op basis van de uitkomsten van de evaluatie.
- Patiënten die wachten onder de Treeknorm maar sneller geholpen willen worden kunnen nog steeds zelf hun verzekeraar benaderen met de vraag of snellere behandeling elders mogelijk is.

Onderdeel 4: Aanvullende afspraken
- De NZa heeft een wettelijke taak met betrekking tot het monitoren van (knelpunten bij) wachttijden. In dat licht onderneemt de NZa het volgende:
  - De NZa stelt een ontwikkelagenda op voor de monitoring van de wachttijden en genereren van goede wachtlijstinformatie, waarbij in overleg met alle partijen onderzocht wordt welk (aanvullend) inzicht er nodig is en hoe dit te bereiken is.
  - Voor de ggz past de NZa regelgeving aan met het toevoegen van verwijsdatum, zodat met ingang van 1 januari 2026 wachttijdinformatie uit declaratiedata gehaald kan worden (NB: voor het inzicht op vestigingsniveau is later nog een wijziging nodig). MIND, deNLggz, LHV, InEen en ZN gaan onverminderd door met de ontwikkeling van een digitale tool op basis van eerdere afspraken uit het IZA voor prospectieve data. Hierdoor kan vraag en aanbod in de regio beter aan elkaar worden verbonden.
  - De zorgverzekeraars evalueren, samen met de zorgaanbieders en MIND, jaarlijks het effect van zorgbemiddeling. Waarbij ook gekeken wordt of het advies van zorgbemiddeling daadwerkelijk tot een passend antwoord op de zorgvraag heeft geleid.

Wat is het tijdpad:
- Q1 2026 afronding schoning wachttijden
  - ZN selecteert 1 TTP die voor alle partijen de wachtlijsten uitvraagt
  - deNLggz, ZN en MIND werken het proces uit voor de opvolging van de uitkomsten bij de TTP. Bijvoorbeeld wat is het proces als een patiënt op twee wachtlijsten staat.
  - Verbetering inzicht wachttijden op één plek voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders, verzekerden/patiënten.
- Uiterlijk einde Q3 2025 – Uitwerken proces proactieve bemiddeling fase 1: bemiddeling wachtenden boven de Treeknorm.
- 1/1/26 (of zoveel eerder als mogelijk) - voorjaar 2027 - Aanlevering data op basis van consent; bemiddeling bij wachtenden boven de Treeknorm.
- Q4 2026 – Evaluatie proactieve zorgbemiddeling van wachtenden boven de Treeknorm.
- Q4 2026 – Afhankelijk van uitkomst evaluatie: afspraken over fase 2: bemiddeling bij wachtenden onder de Treeknorm.
- Uiterlijk voorjaar 2027 - Uitwerking van de eventuele wettelijke grondslag; bemiddeling uitgebreid op basis van nadere afspraken.

C3b Transparantie wachttijden en proactieve bemiddeling msz

Transparantie wachttijden

Wat is de afspraak:
Partijen spreken af dat wachtlijstgegevens transparant en juist zijn zodat reëel inzicht verkregen wordt in wie waar op de wachtlijst staat en voor hoe lang. Zorgaanbieders zorgen voor adequate wachttijdinformatie, die patiënten, verwijzers en verzekeraars actueel en accuraat inzicht geeft in wachttijd tot polikliniek, diagnostiek

en behandeling. Verzekeraars worden in staat gesteld hun eigen verzekerden met een wachttijd boven de Treeknorm proactief te bemiddelen. De wachttijden voor patiënten worden hierdoor korter.

Achtergrond:
De capaciteit van het zorgaanbod blijft achter bij de stijgende zorgvraag. Wachtlijsten zijn hier een resultante van. Doelstelling van het AZWA is verdere stijging van de wachtlijsten te voorkomen en wachttijden binnen de daarvoor geldende normen te brengen. Daarbij kan bemiddeling door zorgverzekeraars uit hoofde van hun zorgplicht, een belangrijke rol spelen.

Verzekeraars weten op basis van ervaringen met zorgbemiddeling dat er onbenutte mogelijkheden zijn om de wachttijd te verkorten voor hun verzekerden.

Op dit moment is slechts een klein percentage van de patiënten op de hoogte van de mogelijkheid van zorgbemiddeling door hun verzekeraar. In de praktijk blijkt daarnaast dat het aandeel patiënten dat door hun specialist/huisarts op de hoogte wordt gesteld van de mogelijkheid van kortere wachttijden na zorgbemiddeling door hun verzekeraar beperkt is. Ook is bekend dat de huidige wachtlijstinformatie vervuiling kent waardoor het voor alle partijen moeilijk is op basis van juiste informatie inzicht te verwerven, prioriteiten te stellen en zorgvuldige bemiddeling te doen.

Een significante bijdrage kan geleverd worden aan het verkleinen van de kloof tussen zorgaanbod en zorgvraag door het inzicht in wachtlijsten en wachttijden te vergroten, wachtlijsten op te schonen en schoon te houden en op basis van die accurate inzichten de mogelijkheid te creëren voor verzekeraars om hun eigen verzekerden proactief te benaderen met behandelingsopties met een kortere wachttijd.
Hiervoor is het nodig dat verzekeraars inzicht krijgen in de relevante data vanaf het moment van verwijzing naar de zorgaanbieder. Met deze informatie kunnen verzekeraars hun verzekerden benaderen om te vragen of zij willen worden bemiddeld, waarna verzekeraars kunnen helpen met proactieve zorgbemiddeling.
Hiervoor zijn nadere afspraken nodig die recht doen aan de respectieve verantwoordelijkheden van de betrokken partijen (zorgaanbieders, verwijzers, patiënten, verzekeraars), het zorgvuldig uitvoeren van de proactieve zorgbemiddeling door zorgverzekeraars en de -eveneens in het AZWA vervatte- doelstelling zo min mogelijk (liefst: geen) additionele administratieve lasten te creëren, door waar mogelijk aan te sluiten bij bestaande gegevensstromen.

De uitwerking van de afspraken bestaat uit 4 onderdelen, die in samenhang met elkaar moeten worden gezien als één totaalpakket:
- Datastroom en administratieve lasten;
- Opschoning van de wachtlijsten;
- Proactieve Bemiddeling;
- Overig.

Wie gaat wat doen:

Onderdeel 1: datastroom en administratieve lasten
- Patiënten kunnen na verwijzing via de verwijsdienst relevante data delen met de eigen zorgverzekeraar, waarbij deze een melding ontvangt dat een verzekerde is doorverwezen naar een zorgaanbieder.
- De patiënt geeft expliciete toestemming voor dit digitaal delen via de verwijsdienst. Dit gebeurt als volgt. Na verwijzing door de huisarts ontvangt de patiënt van de verwijsdienst de verwijzing met de vraag of de verzekerde/patiënt bij een te lange wachttijd (boven Treeknorm) bemiddeld wil worden door de afdeling zorgbemiddeling van de eigen zorgverzekeraar. Bij toestemming brengt de patiënt een proces op gang waarbij een beperkte set gegevens (persoon/BSN, verwijsdatum, specialisme (msz) en zorgaanbieder (AGB)) door wordt gegeven aan de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar.
- De gegevens, die na toestemming van de patiënt beschikbaar komen bij de eigen zorgverzekeraar, worden alleen gebruikt voor het proces van proactieve zorgbemiddeling van patiënten die boven Treeknorm op de wachtlijst staan en voor de evaluatie en analyse van dit proces. Daarbij wordt gehandeld volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars. Zij gebruiken de data expliciet niet om:
  - Patiënten proactief te benaderen voor bemiddeling als zij op een wachtlijst staan die binnen de Treeknorm past.
  - De wachtlijsten van ziekenhuizen te managen of de inkoopgesprekken / contractering te sturen.

- Bij een verwachte wachttijd boven de Treeknorm kan de verzekeraar de patiënt benaderen met de vraag of hij/zij bemiddeld wil worden naar een zorgaanbieder met een kortere wachttijd, waarbij de patiënt bepaalt of hij/zij op het aanbod in wil gaan of wil blijven wachten. Daarnaast kan een patiënt ten alle tijden zijn verzekeraar benaderen met een verzoek om bemiddeling.
- De verzekeraars laten zich in dit proces auditen aan de hand van de afspraken in dit akkoord. Het auditproces en de resultaten zullen besproken en nader geduid worden in de hieronder beschreven gezamenlijke begeleidingsgroep.
- De patiëntfederatie voert samen met ZN, NFU, NVZ, ZKN en LHV het opdrachtgeverschap richting zorgdomein en de dienst verwijzen uit. Zij maken daarin nadere afspraken over de inrichting bij de verwijsdiensten en zorgen dat het proces goed uitvoerbaar is voor alle betrokkenen.
- ZN zorgt voor de desbetreffende optie in Zorgdomein en Vecozo uiterlijk 1/1/26, zo mogelijk eerder.
- Het is belangrijk dat partijen in goed vertrouwen met elkaar leren en verbeteren. Partijen volgen de hierboven genoemde afspraken. Een gezamenlijke begeleidingsgroep van Patiëntenfederatie, ZN, NFU, NVZ, ZKN en LHV volgen de afspraken en evalueren de werkwijze en resultaten van proactieve bemiddeling periodiek. Op basis van de evaluatie kan de werkwijze worden bijgesteld. Patiëntenfederatie voert het voorzitterschap van deze gezamenlijke begeleidingsgroep.
- Dit onderdeel 1 is een lerend proces waarbij de begeleidingsgroep minstens elk kwartaal bij elkaar komt om kort-cyclisch lerend te verbeteren. De gezamenlijke begeleidingsgroep geeft waar nodig adviezen aan het BO.

Onderdeel 2: Opschoning van en inzicht in de wachtlijsten
- Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor adequate wachtlijstinformatie. De wachttijdinformatie die zorgaanbieders bij de verwijsdienst aanleveren is actueel, accuraat en geeft inzicht in wachttijd tot polikliniek, diagnostiek en behandeling. Elke zorgaanbieder is verplicht zijn wachttijd-informatie actueel te houden bij de verwijsdienst.
- Naast opvolging van bovenstaande afspraken, zijn zorgaanbieders verantwoordelijk voor de opschoning van de wachtlijsten voor uiterlijk 1/11/2025 en het schoonhouden van de wachtlijsten na deze datum. Zorgaanbieders kunnen dit desgevraagd ook aantonen.
- Zorgaanbieders gaan deze opschoning uitvoeren volgens een landelijk uniforme aanpak. Partijen maken hier gezamenlijk afspraken over, waarbij het gaat om de opschoning zelf, maar ook om het vervolgens schoonhouden van de wachtlijst. Daarbij wordt ook gekeken naar de rol die verzekeraars hierbij kunnen hebben, ook zij zullen zich scharen achter een uniforme aanpak.
- Opgeschoonde wachtlijsten leiden tot geschoonde wachttijden. Partijen maken uiterlijk 31/12/2025 afspraken over hoe de geschoonde wachttijdinformatie ook inzichtelijk gemaakt wordt voor patiënten/ verzekerden.

Onderdeel 3: Bemiddeling
- Vanaf 1/1/2026 kunnen patiënten proactief bemiddeld worden die (bij verwijzing na toestemming) aansluiten op een wachtlijst waarbij ze langer moeten wachten dan de Treeknorm voor de polikliniek/ aanmelding.
- Over de manier waarop verzekeraars hun verzekerden benaderen zullen afspraken gemaakt worden tussen, de verzekeraars, de aanbieders en de Patiëntenfederatie. Daarbij zal recht worden gedaan aan de verantwoordelijkheden, rechten en plichten van alle betrokken partijen. Deze afspraken, die betrekking hebben op de proactieve zorgbemiddeling boven de Treeknorm worden uiterlijk oktober 2025 gemaakt.
- Onderdeel van het leren en verbeteren is ook het bekijken hoe vanaf 1/1/2026 patiënten proactief bemiddeld worden die na hun poli-consult langer dan de Treeknorm moeten wachten op diagnostiek of behandeling. Hierbij wordt een technische werkgroep van zorgverzekeraars, ziekenhuizen, klinieken, patiëntvertegenwoordigers en specialisten betrokken.
- Bij de inzet van proactieve zorgbemiddeling wordt rekening gehouden met het belang om de gecontracteerde basisinfrastructuur zo goed mogelijk in stand te houden.
- Verzekeraars kunnen desgevraagd aantonen dat zij conform deze afspraken handelen.
- Partijen evalueren eind 2026 de afgesproken werkwijze van proactieve zorgbemiddeling van patiënten die aansluiten op een wachtlijst waarbij ze langer moeten wachten dan de Treeknorm voor de polikliniek/ aanmelding, diagnostiek of behandeling. De opzet van de evaluatie stellen partijen gezamenlijk op.
  In de evaluatie wordt in ieder geval ook gekeken naar:
  - Is de wachttijdinformatie accuraat en actueel en levert iedereen aan;
  - Hoe wordt de proactieve zorgbemiddeling ervaren door patiënten en zorgaanbieders;

- Neemt de zorgaanbieder ook initiatief om de patiënt te wijzen op zorgbemiddeling bij een wachttijd boven Treek;
- Zijn er procesaanpassingen nodig;
- Kunnen we bemiddeling verder uitbreiden, is dat behulpzaam voor de patiënt en uitvoerbaar in de processen van eenieder;
- Wat zijn de kwantitatieve resultaten van de wachtlijstbemiddeling door de zorgverzekeraars.

Naar aanleiding van de evaluatie wordt bepaald of de werkwijze bijstelling behoeft en of - en zo ja, op welke wijze - kan worden overgegaan tot uitbreiding van de proactieve bemiddeling naar bijvoorbeeld patiënten die korter dan de Treeknorm moeten wachten en of - en zo ja, op welke wijze - een wettelijke grondslag voor de automatische doorgave van verwijsgegevens wenselijk is.

- Patiënten die wachten onder de Treeknorm, maar sneller geholpen willen worden kunnen nog steeds zelf hun verzekeraar benaderen of snellere behandeling elders mogelijk is.

Onderdeel 4: Overig

- De NZa heeft een wettelijke taak met betrekking tot het monitoren van (knelpunten bij) wachttijden. In dat licht onderneemt de NZa het volgende:
- De NZa stelt een ontwikkelagenda op voor het genereren van goede wachttijdinformatie en de monitoring van de wachttijden, waarbij in overleg met alle partijen onderzocht wordt welk (aanvullend) inzicht er nodig is en hoe dit te bereiken is.
  - Voor de msz bepaalt de NZa uiterlijk 1 oktober 2025 in overleg met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de Patiëntenfederatie of wachttijdinformatie bepaald kan worden uit bestaande gegevensstromen (declaratiedata of OHW), zoals beoogd is voor de GGZ (o.b.v. verwijsdatum en informatie vestiging) en of een traject wordt gestart tot aanpassing van regelgeving.
- Aantallen wachtenden: uiterlijk oktober 2025 wordt voor de msz een informatieformat gedefinieerd dat door alle aanbieders periodiek (periodiciteit nader te bepalen) wordt aangeleverd om inzicht te geven in het aantal wachtenden per specialisme per zorgverzekeraar. Hiervoor baseren we ons op de pilot die de NZa uitvoerde op dit onderwerp. Dit informatieformat wordt nader uitgewerkt tussen ziekenhuizen, verzekeraars en NZa. Invoering hiervan is uiterlijk 1 januari 2026.
- Aanbieders delen de benodigde informatie ten behoeve van het inzicht in wachttijden en aantallen wachtenden en borgen de datakwaliteit (niet nodig in het geval wachttijdinformatie uit de declaratiedata wordt gehaald).

ZN, NFU, ZKN, Patiëntenfederatie en NVZ verkennen de mogelijkheden voor het uitwisselen en benchmarken van zorgbrede declaratiedata via Vektis tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en wat daarvoor nodig is t.b.v. capaciteitsmanagement en kwaliteitsinformatie. ZN, NFU, ZKN, Patiëntenfederatie en NVZ maken op basis van de uitkomsten van deze verkenning hierover afspraken. Hiervoor is naar alle waarschijnlijkheid een wettelijke grondslag voor secundair datagebruik noodzakelijk.

De begeleidingsgroep evalueert halfjaarlijks de werkwijze en het effect van proactieve zorgbemiddeling. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars houden zich aan bovenstaande afspraken. Aanbieders moeten aantoonbaar schonen en verzekeraars moeten zich aantoonbaar aan de afspraken van proactieve zorgbemiddeling houden.

VWS onderzoekt de noodzaak voor aanpassing van de wettelijke grondslag voor data uitwisseling na verwijzing en voor secundair datagebruik van VEKTIS data, en zal, indien nodig, deze wettelijke grondslag voorbereiden.

Wat is het tijdpad:

- 1/10/2025 afronden afspraken werkwijze proactieve wachtlijstbemiddeling
- 1/11/2025 afronding schoning wachtlijsten en wachttijden
- 31/12/2025 Verbetering inzicht wachttijden op één plek voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders, verzekerden/patiënten
- 1/1/2026 (of zoveel eerder als mogelijk): aanlevering data op basis van consent; proactieve bemiddeling bij wachtenden boven Treek na verwijzing en voor 1e poli consult
- 2027 na evaluatie beslissen over eventuele wijziging of intensivering

C4 Normeren/differentiëren: normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden verbeteren

Normen voor wachttijden actualiseren

Wat is de afspraak:
Partijen gaan de normen voor wachttijden tot passende zorg in ieder geval voor de msz en ggz actualiseren en waar nodig ontwikkelen. Verkend wordt wat dit betekent voor de langdurige zorg.

Wie gaat wat doen:
De veldpartijen gaan tripartiet (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/cliënten) de normen voor wachttijden tot passende zorg actualiseren en waar nodig ontwikkelen.
Daartoe vormen de veldpartijen een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van ZN, Patiëntenfederatie, MIND, NVZ, NFU, ZKN, ActiZ, de Nederlandse ggz, InEen, LHV, V&VN en FMS. De werkgroep zal tijdens tweedaagse werksessies bij elkaar komen.
VWS, het Zorginstituut en NZa zijn als systeempartijen betrokken.

De werkgroep krijgt de volgende kaders mee:

- De bestaande Treek-normen vormen het vertrekpunt.
- De nieuwe en geactualiseerde normen moeten gaan over wachttijden tot passende zorg. De principes van passende zorg zijn daarbij leidend.
- Wachttijden worden gedifferentieerd o.a. op basis van urgentie.
- Voor de ggz moet gedifferentieerd worden tussen cruciale ggz en overige ggz.
- Er worden aanvullende afspraken gemaakt over mensen die op de wachtlijst staan en die, om welke reden dan ook, niet voor de eerst mogelijke zorgmogelijkheid kiezen.
- Voor de ggz wordt bezien hoe opgebouwde wachttijd – vb. bij verhuizing of bij weigering van zorg o.g.v. exclusiecriteria – meegenomen kan worden naar een andere zorgaanbieder.

Wat is het tijdpad:
Fase 1 (gereed 1 december 2025)

- In kaart brengen van de bestaande normen.
- Evalueren waar deze nog voldoen en waar nieuwe normen nodig zijn.

Fase 2 (gereed 1 april 2026)

- Oplevering van een set van conceptnormen, inclusief uitvoeringsaspecten.
- Bespreken van deze concept-set in BO IZA/AZWA.

Fase 3 (gereed 1 juli 2026)

- Verwerken feedback en opleveren van een definitief voorstel.
- Bespreken (en vaststellen) in BO IZA/AZWA.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat deze afspraak geen effect heeft op de regeldruk. Betere normen zullen niet leiden tot meer regeldruk, de registraties zelf veranderen niet.

Toelichting:
Mensen in Nederland moeten merken dat de toegang tot passende zorg beter en gelijkwaardiger wordt, ongeacht waar je woont, hoeveel geld je hebt of wat je aandoening is. Daarvoor moeten we de wachttijden voor gelijkwaardige toegang tot passende zorg transparant maken en binnen hiervoor geschikte normen brengen (transitiedoel 2).

Tot nu toe worden voor het meten van wachttijden de in 2000 ontwikkelde Treeknormen gebruikt. Maar deze normen gaan vooral over de toegang tot zorg en zijn indertijd niet ontwikkeld als normen voor gelijkwaardige toegang tot passende zorg. Daarvoor zijn nieuwe of aangepaste normen nodig.

Bijvoorbeeld over de toegang tot een verkennend triagegesprek na verwijzing, waarbij alle betrokkenen samen bespreken welk pad het beste past. Mensen krijgen daarmee eerder en breder uitsluitsel over wat ze zelf of samen kunnen doen, welke zorg en/of ondersteuning wel of niet passend is en waar en wanneer je daarvoor terecht kunt. Binnen de ggz is hiermee ervaring en mogelijk biedt dat ook kansen in andere sectoren.

Zorgaanbieders zijn vanwege het grote maatschappelijke belang van de transitiedoelen verantwoordelijk voor het leveren van actuele en eerlijke cijfers over toegangstijden, zonder extra administratieve lasten. Bij het actualiseren en ontwikkelen van de normen voor wachttijden moet hiermee rekening worden gehouden. Specifiek voor de ggz is het uitgangspunt om de maximaal aanvaardbare wachttijden te differentiëren, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen cruciale ggz en overige vormen van ggz. Daarnaast werkt de sector aan het standaard meenemen van de wachttijd wanneer een patiënt onverhoopt naar een andere aanbieder moet.

C5 Thuisarts wordt structureel geborgd

Structurele financiering en borging Thuisarts

Wat is de afspraak, wie gaat wat doen en wat is het tijdpad:
Thuisarts krijgt een belangrijke plek in het zorglandschap. Het wordt hét (digitale) platform waar mensen gebruik van maken als zij vragen hebben over gezondheid en zorg. Ook helpt het platform mensen de weg vinden binnen de zorg. VWS, NHG (eigenaar van Thuisarts), FMS, Patiëntenfederatie en ZN werken in afstemming met o.a. partijen van de visie eerstelijnszorg aan verdere doorontwikkeling, verbreding (naar meer vormen van zorg) en structurele inbedding en financiering van thuisarts in het zorglandschap. Het uitgangspunt is dat de structurele financiering wordt geborgd per 2027 en bij voorkeur Zvw-gefinancierd. VWS onderzoekt welke juridische mogelijkheden hiervoor zijn en maakt n.a.v. deze analyse afspraken over de invulling met het NHG en de overige genoemde partijen. Bovendien worden afspraken gemaakt over een toekomstbestendige governance van thuisarts. Binnen die afspraken is ruimte voor betrokkenheid van andere zorgpartijen.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat deze afspraak geen effect heeft op de regeldruk. Het structureel bekostigen van Thuisarts zorgt niet voor meer regeldruk ten opzichtige van de huidige situatie.

Toelichting:
Digitale toegang tot betrouwbare en onafhankelijke informatie over zorg en gezondheid wordt steeds belangrijker. Deze toegankelijke informatie helpt om onnodige druk op de zorg te voorkomen en voorkomt dat mensen gebruik maken van desinformatie. Nieuwe technieken, zoals AI, bieden technologisch steeds meer mogelijkheden voor ontwikkeling van digitale (zelf)zorg en (zelf)triage. Dat helpt om het potentiële effect van deze digitale toepassingen verder te vergroten.

Thuisarts vermindert de druk op de (eerstelijns)zorg, speelt zorgprofessionals vrij, ondersteunt samen beslissen in de spreekkamer en helpt burgers om betrouwbare informatie over zorg en gezondheid te vinden. Dit vergt wel blijvend onderhoud en doorontwikkeling. Uit onderzoek dat VWS heeft laten doen, blijkt dat het (gedeeltelijk) publiek financieren van thuisarts een logische vervolgstap is. Voor de periode 2024-2026 is dit al gerealiseerd via cofinanciering van VWS, FMS, NHG en ZN. Met deze afspraak borgen AZWA-partijen de financiering en governance structureel.

C6 Verbeteren toegankelijkheid van de ggz

Verbeteren toegankelijkheid van de ggz

Wat is de afspraak:
We willen dat er meer behandelcapaciteit komt voor mensen met een ggz-vraag, specifiek voor patiënten met een complexe zorgvraag. Daarom gaan we binnen het bestaande kader schuiven met menskracht en middelen, waarbij het zwaartepunt verschuift van de behandeling van lichte zorgvragen naar de behandeling van complexe zorgvragen. Mensen met een complexe zorgvragen moeten nu vaak lang op zorg wachten.
In het IZA zijn al ambitieuze afspraken gemaakt over de toegankelijkheid van de ggz en het verbeteren van samenwerking tussen huisartsen, ggz en sociaal domein ten behoeve van mensen met psychische klachten. Zo hebben mentale gezondheidsnetwerken (met de functies verkennend gesprek, transfermechanisme en domeinoverstijgend casusoverleg) en de laagdrempelige steunpunten als doel om mensen sneller op de juiste plek te helpen. We zien dat een deel van mensen die zich bij de huisarts meldt met psychische klachten geen behandeling in de ggz nodig heeft en beter geholpen is met ondersteuning in bijvoorbeeld het sociaal domein. Vanwege de oplopende druk op de toegankelijkheid van de ggz– waar de wachttijden in de ggz een uiting van zijn - en de groeiende personele tekorten, maken we in het AZWA aanvullende afspraken. Het doel is dat in 2028 alle patiënten binnen de Treeknorm geestelijke gezondheidszorg ontvangen. De aanvullende afspraken in het AZWA zijn essentieel bij aan het halen van deze doelstelling en haken in op verschillende fronten van een behandeltraject:

1. Herijken van de behandelduur, - vorm en -doelstelling
2. Hybride- en groepsaanbod is voorliggend (tenzij)
3. Laagdrempelige contact tussen huisartsen – ggz – sociaal domein
4. Passend vervolg
5. Aanspraken en pakketbeheer
6. Arbeidsmarkt
7. Exclusiecriteria bij ggz-aanbieders schrappen
8. We monitoren gezamenlijk

Met deze set aan afspraken zorgen we ervoor dat patiënten die zorg het hardst nodig hebben deze sneller kunnen ontvangen. Om hiervoor ruimte te creëren spreken we af dat capaciteit en middelen in de ggz van behandeling van lichte zorgvragen naar de behandeling van complexe zorgvragen verschuiven.

Wie gaat wat doen:

1. **Herijken behandelduur, -vorm en -doelstelling**
   Richtlijnpartijen maken met ondersteuning van het Zorginstituut en in samenwerking met Akwa ggz, afspraken over hoe zij passende behandelduur en -vorm (waaronder groeps- en digitale behandelingen) in richtlijnen en zorgstandaarden opnemen. Dit doen zij in aanvulling op de afspraken in E3. Vanaf 1 januari 2026 worden de eerste richtlijnen en zorgstandaarden aangevuld met behandelduur en -vorm. De uitvoering wordt gemonitord (zie ‘monitoring’).
2. Het Zorginstituut levert in Q1 2026 een analyse op van de spreiding van de gemiddelde behandelduur bij aanbieders met vergelijkbare trajecten. De uitkomsten worden benut (1) om te bepalen welke richtlijnen en zorgstandaarden met prioriteit moeten worden opgepakt voor (her)definiëring van behandelduur. (2) Tevens dient de informatie als spiegelinformatie voor aanbieder.
3. Het Zorginstituut levert stapsgewijs vanaf eind Q1 2026 een inventarisatie op van passende behandelduur en -vorm in richtlijnen en zorgstandaarden en hoe dit te verbeteren. Zij start met de meest voorkomende diagnoses (angststoornis en depressie) en verdere prioritering uit het hiervoor genoemde onderzoek naar de spreiding van de gemiddelde behandelduur. De inventarisatie betreft:
   a. de kennis betreffende passende behandelduur en -intensiteit voor verschillende ggz-aandoeningen te inventariseren;
   b. het checken of deze passende behandelduur en intensiteit is opgenomen in de relevante richtlijn en zorgstandaarden;
   c. en, wanneer niet, aangeven hoe eventuele kennislacunes per aandoening in de richtlijnen en zorgstandaarden kunnen worden aangevuld door richtlijnpartijen.
   d. Ten aanzien van groepsbehandeling wordt het traject van de pakketagenda 2026-2028 gevolgd.
4. Het afspreken van behandeldoelen door patiënt en behandelaar en het evalueren van een behandeling verbetert de behandeluitkomsten[23]. Aanbieders integreren (1) behandelduur, (2) - vorm en (3) het vaststellen van gedeelde behandeldoelen door patiënt en behandelaar, evenals het periodiek evalueren hiervan, standaard in een behandeling. Aanbieders zetten tevens in op het tijdig afronden van behandelingen. Hierbij worden de resultaten van de gesprekstafel ‘doelstelling, evaluatie en beëindiging’ uit het programma Versterken Kwaliteitstransparantie in de ggz en lopende acties van Akwa ggz meegenomen.
5. **Hybride- en groepsaanbod is voorliggend (tenzij)**
   Om capaciteit vrij te spelen zonder dat kwaliteitsverlies optreedt, wordt voor alle ggz-aanbieders contractueel een groeipad afgesproken voor hybride- en groepsbehandeling waar dat passend is.

[23] Akwa 2022; Norcross, & Lambert (2019); Tryon & Winograd (2011); Garb, 2005; GGZ Dataportaal 2024; Janse en collega’s, 2017; De Jong en collega’s (2023); Markbench 2018; Peeters en collega’s, 2012; Shimokawa en collega’s, 2010; Waller, 2016)

N.a.v. de IZA-afspraak om 6% behandelcapaciteit vrij te spelen blijft onverkort van kracht. Aanvullend wordt een groeipad van tenminste 6% hybride (t.o.v. 2022) en 6% groepsbehandeling (t.o.v. 2025) in het totaalaanbod van elke aanbieder in 2027 gevraagd (inkoop 2026). Dit vraagt om het investeren in digitale toepassingen en groepsbehandelingen, het opleiden van professionals (zie ook B3) en het versneld in kaart brengen van opschaalbare digitale toepassingen en groepsbehandeling.

6. **Laagdrempelige contact tussen huisartsen – ggz – sociaal domein**
   We gaan het makkelijker maken voor huisartsen en sociaal domein om laagdrempelig kort te schakelen met de ggz. Dat kan net het verschil maken waardoor iemand sneller op de juiste manier geholpen kan worden, en waardoor doorverwijzing naar de ggz mogelijk voorkomen wordt. Hieronder valt ook consultatie door de huisarts bij de psychiater over (herhaal)medicatie, rekeninghoudend met de richtlijn 'Herhalen specialistische medicatie van de NHG'. Onder regie van de Nederlandse ggz wordt onderzoek gedaan naar de knelpunten rond de inzet van de consultatiefuncties huisartsen – ggz en sociaal domein – ggz. Het onderzoek brengt ook in kaart hoe deze functies beter ingezet kunnen worden en wat er nodig is voor opschaling. In Q1 2026 wordt dit onderzoek opgeleverd.

7. **Passend vervolg:** De Nederlandse ggz, LHV, InEen, MIND en de beroepsgroepen maken uiterlijk Q1 2026 een continuüm van afspraken over de wijze waarop patiënten met een chronische aandoening (binnen de zogenaamde EPA-groep) waarbij de klachten (tijdelijk) zijn gestabiliseerd op een goede manier worden overgedragen aan de huisarts. Onderdeel van de afspraken is het uitwerken een terugvalaanbod. Hierbij zal rekening worden gehouden met het 'Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (2022)'.
   De oplossingsrichtingen sluiten nauw aan bij de behoefte van de patiënt en het absorptievermogen voor zowel huisartsen als de ggz. De bovengenoemde partijen betrekken bij de uitwerking de partners in het sociaal domein.

8. **Aanspraken en pakketbeheer:** Het Zorginstituut brengt, in afstemming met de Nederlandse ggz, beroepsgroepen, ZN en MIND en huisartsen in beeld op welke manier aanspraken en pakketbeheer een bijdrage kunnen leveren aan een toekomstbestendige ggz. De mogelijke maatregelen zien ten minste toe op voorstellen voor verscherping van de aanspraak, waarbij principes voor passende geestelijke gezondheidszorg centraal staan. Uitgangspunt is dat behandelcapaciteit wordt vrijgespeeld voor patiënten met complexe zorgvragen, waarbij het van belang blijft dat ook mensen met lichtere problematiek toegang hebben tot passende zorg of ondersteuning. Het effect van de maatregelen op andere domeinen, inclusief het mogelijk verschuiven van patiëntvragen en hoe dit wordt opgevangen, wordt in beeld gebracht. De eerste stap is een inventarisatie onder leiding van het Zorginstituut van mogelijke oplossingsrichtingen, ter bespreking op het BO IZA/AZWA Q1 2026. Vervolgens zal na het BO IZA/AZWA van Q1 2026 het Zorginstituut in samenwerking met eerder genoemde partijen, de impact van de gekozen oplossingsrichtingen in beeld brengen (bijvoorbeeld het effect op de driehoek: ggz-huisarts-sociaal domein). In uiterlijk Q4 2026 zal het Zorginstituut de 'Uitleg aanspraak op basis van DSM' hierop aanpassen. De doelstelling van het behalen van de Treeknormen in 2028 is, ook in deze maatregel, een belangrijke toetssteen.

9. **Arbeidsmarkt:** Voor het vrijmaken van personele capaciteit maakt de Nederlandse ggz samen met de betrokken beroepsgroepen, MIND en toezichthouders in Q4 2025 de mogelijkheden voor taakdifferentiatie of een 'skillsgerichte aanpak' inzichtelijk. Behoud van kwaliteit en (verhoging van) werkplezier is hierbij een randvoorwaarde. Startpunt voor deze 'skillsgerichte inzet' is de acute ggz en de high intensive care units (HIC's). De mogelijkheden worden vervolgens met voorrang ingepast in de betreffende zorgstandaarden. Deze maatregel wordt in samenhang met afspraak D7 bezien, die de continuïteit van de invulling van ANW-diensten (waaronder crisisdiensten) in elke regio borgt.

10. **Exclusiecriteria bij ggz-aanbieders schrappen:** Zorgaanbieders stoppen vanaf 2026 met het hanteren van exclusiecriteria, behalve wanneer dit strikt noodzakelijk is voor zorginhoudelijk te onderbouwen uitzonderingsgevallen. Enkel voor een aantal "laag volume, hoog complexe zorgvragen" kunnen exclusiecriteria gelden, op basis waarvan vanuit een regio kan worden doorverwezen naar een landelijke (3e lijns) voorziening. Hierdoor wordt het verwijzen voor huisartsen eenvoudiger, worden patiënten sneller geholpen en voorkomen we dat zij van aanbieder naar aanbieder worden doorverwezen. Om deze afspraak goed te laten landen, is van het belang dat de samenwerking in de regio tussen grote geïntegreerde instellingen en kleinschalige aanbieders wordt verstevigd. Zorgverzekeraars nemen het inperken van exclusiecriteria mee in het inkoopbeleid voor de ggz vanaf 2027. Zij hanteren hierbij het principe van redelijkheid en billijkheid, met aantoonbare inachtneming van de belangen van patiënten en zorgprofessionals. Het uitgangspunt is dat er in elke regio voldoende kwalitatief goed aanbod gecontracteerd wordt.

11. **We monitoren gezamenlijk,** naast de reguliere IZA/AZWA monitoring, de effecten van de IZA en AZWA afspraken voor de ggz, en toetsen de uitwerking op het doel: alle ggz zorg binnen de Treeknorm in 2028. In de monitor wordt in elk geval jaarlijks de verschuiving van lichte naar complexe zorg in beeld gebracht o.b.v. declaratiedata. De set van maatregelen is een samenspel met effect op verschillende domeinen. Om het doel te halen is daarom een gecontroleerde en gezamenlijke transitie noodzakelijk. Als blijkt dat een of meerdere betrokken partijen niet in staat is om een doelgroep te voorzien van passende zorg of ondersteuning vindt er onmiddellijk bestuurlijk overleg plaats, landelijk dan wel in de regio.

Wat is het tijdpad:

Concrete voorstellen

1. Behandelduur: vanaf 1 januari 2026 worden de eerste richtlijnen en zorgpaden aangepast.
   a. Q1 2026 oplevering analyse naar de verschillen in behandelduur
   b. Q1 2026 plan van aanpak voor verrijking van richtlijnen
   c. Vanaf 1-1-2026.
2. Groeipad: effectief per inkoop 2026
3. Consultatiefunctie: oplevering rapport en aanvullende afspraken in 2026
4. Passend vervolg: Q1 2026 continuüm afspraken
5. Toekomstbestendige ggz: eind 2026, met eerste inventarisatie maatregelen begin 2026.
6. Arbeidsmarkt: Q1 2026
7. Exclusiecriteria:
   - Zorgaanbieders stoppen vanaf 2026 in principe met het hanteren van exclusiecriteria.
   - Zorgverzekeraars nemen het inperken van exclusiecriteria mee in het inkoopbeleid voor de ggz vanaf 2027.
8. Monitoring: voorstel voor monitoring Q4 2025.

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is er voor mensen die niet meer beter worden en hun naasten. Het draait om kwaliteit van leven en de dingen kunnen blijven doen die je belangrijk vindt. Het gaat dus niet alleen om zorg, maar ook om psychische en sociale ondersteuning. Deze fase kan maanden of zelfs jaren duren. Terminale zorg en stervensbegeleiding zijn onderdeel van palliatieve zorg en vinden plaats in de allerlaatste weken, soms maanden. Mensen moeten op deze ondersteuning en zorg kunnen rekenen en het moet passen bij hun situatie en wensen. Palliatieve zorg staat daarom als één van de prioriteiten van het kabinet in het regeerprogramma. Deze ondersteuning en zorg zouden een vanzelfsprekend onderdeel moeten zijn van reguliere zorg en het sociale domein en moeten goed georganiseerd en toegankelijk zijn. Ook is het belangrijk dat mensen vroegtijdig het gesprek aangaan over de laatste levensfase en dit niet alleen in de spreekkamer van de arts doen, maar ook met hun familie en andere naasten. Als mensen in de palliatief terminale fase komen dan moeten zij de ondersteuning en zorg krijgen die zij nodig hebben en zoveel mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving ontvangen. Door met de partijen in het aanvullend zorg - en welzijnsakkoord afspraken te maken kan een belangrijke versnelling van de ingezette beweging naar palliatieve zorg als onderdeel van reguliere zorg plaatsvinden. En worden de resultaten van het nu lopende programma structureel ingebed in de zorg en het sociaal domein.

Zo is in maart 2025 de handreiking 'Kwetsbare ouderen thuis' volledig herzien. De handreiking beschrijft zes stappen die lokale en regionale partijen in de eerstelijnszorg en het sociaal domein kunnen volgen om samenwerkingsafspraken te maken over de zorg en ondersteuning van thuiswonende kwetsbare ouderen. Het 6-stappenplan voor het bieden van persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg en ondersteuning voor thuiswonende kwetsbare ouderen vormt de kern van de handreiking. De handreiking sluit aan bij de Visie eerstelijnszorg 2030. Deze handreiking is ten behoeve van de zorg en ondersteuning van alle kwetsbare ouderen en niet specifiek voor ouderen in de palliatieve fase.

Ten behoeve van mensen van alle leeftijden in de palliatieve fase wordt momenteel binnen het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) gewerkt aan transformaties in de regio door het Kwaliteitskader palliatieve zorg te implementeren. Hiervoor is de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg opgesteld:

Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg (april 2024). Deze transformatie betekent dat partijen (ziekenhuizen, hospices, huisartsen, wijkverpleging, zorgverzekeraars, etc.) per regio afspraken maken over hoe ze gaan zorgen dat zorgverleners tijdig de palliatieve fase markeren, dat zorgverleners tijdig en regelmatig gesprekken voeren met patiënten over hun wensen en grenzen in de palliatieve fase, dat zorgverleners met elkaar gaan samenwerken, over de 'muren' heen en dat zij zorgen dat bij complexe palliatieve zorg voldoende specialisten palliatieve zorg beschikbaar zijn. Vanuit het NPPZ II worden (de partijen in de) regio's geadviseerd over de transformatie, worden zij ondersteund met informatie en instrumenten en worden zij gestimuleerd om onderlinge kennis en ervaringen uit te wisselen.

Als voorbeeld van een succesvolle eerste samenwerking in dit verband, kan het Transformatieplan palliatieve zorg en proactieve zorgplanning in Drenthe en Steenwijkerland genoemd worden dat is goedgekeurd door zorgverzekeraars Zilveren Kruis en Coöperatie VGZ. Met het plan wordt het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland en proactieve zorgplanning breed geïmplementeerd door 48 zorgorganisaties, 13 gemeenten en welzijnsorganisaties in heel Drenthe-Steenwijkerland. Meer dan 100 inwoners en professionals uit zorg en welzijn hebben aan het Transformatieplan gewerkt, met ondersteuning van het team Transformatie palliatieve zorg van het NPPZ II.

Regio Mijnstreek en regio Midden Nederland bevinden zich ook in een vergevorderd stadium met de opzet van een Transformatieplan en daarnaast zijn er Transformatieplannen palliatieve zorg in ontwikkeling in andere regio's.

De AZWA-partijen vinden het belangrijk dat deze regionale afspraken en ontwikkelingen verder worden versterkt en versneld door ook op landelijk niveau in dit AZWA afspraken te maken. Met onderstaande afspraken kan wat tot nu toe is bereikt, verder worden geborgd in reguliere processen en kan de beweging naar palliatieve zorg als vanzelfsprekend onderdeel van reguliere zorg en het sociaal domein worden versneld.

C7 Terminale palliatieve zorg en stervensbegeleiding kunnen ongehinderd worden geleverd

Afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de inzet van palliatief terminale zorg

Wat is de afspraak:
Mensen in de stervensfase ontvangen te allen tijde de palliatieve terminale zorg en ondersteuning die zij nodig hebben. Afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over omzetplafonds voor wijkverpleging kunnen hier in individuele gevallen op geen enkele wijze een belemmering in vormen. Ook doelmatigheidsafspraken – die in zijn algemeenheid nodig zijn - mogen nooit in de weg staan aan passende zorg in de laatste levensfase van een individuele patiënt. Om te voorkomen dat hierover onduidelijkheden bestaan tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreken zij een duidelijk proces af over wie wanneer wat moet doen om er voor te zorgen dat het omzetplafond en doelmatigheidsafspraken daadwerkelijk geen belemmering vormen. Verkend wordt of een leidraad daarbij nog ondersteunend kan zijn. Het is belangrijk dat mensen juist ook in de palliatief terminale fase de zorg krijgen die zij nodig hebben en zij die zorg zoveel mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving ontvangen.

Wie gaat wat doen:
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders voeren tijdig en op zorgvuldige wijze overleg over de afspraken die betrekking hebben op palliatieve zorg in de stervensfase waarbij beiden rekening houden met het streven naar een toegankelijker zorglandschap en een verantwoorde inzet van zorgprofessionals. Uitgangspunt is de wens van de patiënt en diens naasten. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders spreken bij het sluiten van een contract (vanaf 2026) een duidelijk proces af over wie wanneer wat moet doen om te voorkomen dat een omzetplafonds een belemmering vormt voor het tijdig leveren van de palliatieve zorg die mensen in de stervensfase nodig hebben. Verkend wordt (in 2025) of een leidraad passende zorg in de laatste levensfase kan worden ontwikkeld om constructief overleg te ondersteunen.
- Deze afspraken zien in ieder geval op:
  - Aanbieders die palliatieve terminale zorg leveren trekken conform de contractafspraken ruim op tijd aan de bel (bij het bereiken van 50% tot 70% van het plafond) bij de zorgverzekeraar, wanneer de zorgaanbieders zien dat door de afspraken tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder over omzetplafonds het tijdig en voldoende leveren van palliatieve zorg in de stervensfase in het geding komt, zodat er alternatieve afspraken gemaakt kunnen worden.
  - Een duidelijke ingang bij de zorgverzekeraars voor situaties waarin met spoed een oplossing moet worden gevonden, zodat de patiënt te allen tijde tijdig de zorg krijgt die hij nodig heeft.
- De voorkeur van de patiënt om thuis te overlijden wordt zoveel mogelijk gevolgd. De beroepsgroep, zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken in 2025 goede afspraken over de vraag wanneer palliatief terminale zorg niet meer verantwoord thuis kan worden georganiseerd. Daarbij worden ook afspraken gemaakt welke volwaardige alternatieven beschikbaar zijn voor palliatieve terminale zorg en ondersteuning thuis en onder welke voorwaarden deze doelmatig, incl. de financiering, kunnen worden geleverd. Indien noodzakelijk wordt het Normenkader indicatieproces hierop aangepast.

Wat is het tijdpad:
Deze afspraak is per direct van kracht.

Toelichting:
Alle partijen vinden het heel erg belangrijk dat juist in de laatste fase van iemands leven de palliatief terminale zorg en ondersteuning een vanzelfsprekend onderdeel is van reguliere zorg en daarmee goed georganiseerd en toegankelijk is voor iedereen die dat nodig heeft. Zonder dat mensen zich daarover zorgen hoeven te maken. Heel vaak gaat dit gelukkig goed, maar elk geval waarin dit toch schuurt met de praktijk is er een teveel. Partijen vinden het daarom belangrijk om te verduidelijken dat een afspraak over een omzetplafonds nooit een belemmering mag vormen voor het tijdig leveren van de palliatieve terminale zorg die mensen in de stervensfase nodig hebben. Om dit te borgen worden bovenstaande afspraken gemaakt.

C8 Zorgverleners gaan vroegtijdig het gesprek aan met patiënten over de laatste fase van het leven

Palliatieve zorg: Proactieve zorgplanning

Wat is de afspraak:
Zorgverleners gaan vroegtijdig het gesprek aan met de patiënt over zijn/haar wensen en voorkeuren om te weten wat een patiënt belangrijk vindt in de laatste fase van het leven (proactieve zorgplanning).

Wie gaat wat doen:
- VWS gaat door met de ondersteuning van de regionale transformaties palliatieve zorg.[24]
- De NZa heeft per 2025 een betaaltitel ingevoerd voor proactieve zorgplanning in ziekenhuizen. Hiermee kunnen zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg specifiek vastleggen wanneer sprake is van proactieve zorgplanning of samen beslissen. Met deze wijziging in de bekostiging wordt het goede gesprek tussen patiënt en behandelaar gestimuleerd. Aanvullend maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken over hoe meer bekendheid kan worden gegeven aan proactieve zorgplanning, samen beslissen en de mogelijkheid van het gebruik van deze betaaltitel.
- In de palliatieve zorg is passende zorg en ondersteuning uitgaande van de patiënt essentieel. Voor het voeren van gesprekken over palliatieve zorg en proactieve zorgplanning is het van belang dat wensen van patiënten worden vastgelegd en onderdeel zijn van het zorgproces en de psychische en sociale ondersteuning. Partijen (ziekenhuizen, hospices, huisartsen, zorgverzekeraars, wijkverpleging, sociaal-maatschappelijk werk, patiënten etc.) maken afspraken over hoe ze in het zorgproces het proces van samen beslissen en proactieve zorgplanning vastleggen en delen over de 'muren' heen. PZNL/NPPZ II ondersteunt hen daarbij gedurende de looptijd van het programma (t/m 2026) als onderdeel van de regionale transformaties palliatieve zorg.

[24] Kamerbrief 'stand van zaken palliatieve zorg' d.d. 17 december 2024

- Veldpartijen en NZa werken gezamenlijk aan opname van proactieve zorgplanning in de basisbekostiging van de huisartsen per 2027.
- De NZa verkent in opdracht van VWS en in nauwe samenwerking met PZNL en ZonMw welke alternatieve wijze van bekostigen proactieve, transmurale palliatieve zorg (verder) kunnen stimuleren. Hiervoor lopen drie experimenten van 2024 tot en met 2030. De NZa evalueert de effecten tussentijds en na afloop en gebruikt de (tussentijdse) effecten daar waar mogelijk om proactieve, transmurale palliatieve zorg te bevorderen.
- Zorg- en welzijnsinstellingen en onderwijsinstellingen stellen in 2025 een plan met tijdsplanning op om te zorgen dat alle zorg- welzijnsmedewerkers op korte termijn bij- en nascholing ontvangen op het gebied van palliatieve zorg (inclusief het voeren van proactieve zorgplanningsgesprekken) en maken daarbij gebruik van hetgeen is ontwikkeld in het kader van de programma's Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg (O²PZ) en Scholing Palliatieve Zorg.
- NPPZ II is een tijdelijk programma, geeft een tijdelijke impuls. Voor de periode daarna wordt in 2025 met alle betrokken partijen een langjarige toekomstagenda voorbereid. Met bovenstaande afspraken kan borging plaatsvinden van alles wat er tot nu toe is bereikt. En ontstaat een basis waarop in de toekomstagenda verder kan worden gebouwd.

Wat is het tijdpad:
- Bovenstaande afspraken gaan dit jaar in. NPPZ II loopt nog tot en met 2026. De regionale transformaties palliatieve zorg lopen daarna nog door, onder andere via het IZA/AZWA.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
- Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat deze afspraak geen effect heeft op de regeldruk.

Toelichting:
Palliatieve zorg en terminale zorg moeten een vanzelfsprekend onderdeel zijn van de reguliere zorg en ondersteuning, zoals ook in het regeerprogramma staat. Voor goede palliatieve zorg is het belangrijk dat zorgverleners vroegtijdig het gesprek aangaan met de patiënt over zijn/haar wensen en voorkeuren om te weten wat een patiënt belangrijk vindt in de laatste fase van het leven (proactieve zorgplanning). Daarnaast is goede samenwerking tussen de verschillende betrokken zorgverleners zoals (wijk)verpleging, huisarts en medisch specialist nodig bij het verlenen van palliatieve zorg (transmurale samenwerking). Om deze werkwijze te stimuleren moet de bekostiging de gewenste zorg in de palliatieve fase ondersteunen.

Het doel van proactieve zorgplanning is om samen met de patiënt en diens naasten vroegtijdig wensen en grenzen aan zorg en ondersteuning voor de laatste levensfase te bespreken. Deze gesprekken leiden tot een individueel en met betrokken zorgverleners afgestemd en gedeeld zorgplan. Vroegtijdige gesprekken met de patiënt en samenwerking tussen zorgverleners en het sociaal domein in de palliatieve fase faciliteert passende zorg. De verwachting is dat er als gevolg van proactieve zorgplanning een verschuiving van zorg plaatsvindt. Dit komt doordat proactieve zorgplanning niet-passende zorg in de laatste levensfase vaker kan voorkomen. Inzet is dat de invoering van proactieve zorgplanning budgetneutraal verloopt door verschuiving van zorg binnen het ziekenhuis, van behandeling en opname naar gesprek en door verschuiving naar de eerste lijn. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken hierover afspraken.

3.3 Beweging naar de voorkant

Inzet: Zorgvragers eerder en beter helpen (van 3e lijn tot in het sociaal domein) zodat ze minder snel een medische zorgvraag krijgen

D1 Medisch-specialistische zorginstellingen werken samen in netwerken en zij verbinden hun aanbod via de regioplannen aan de zorgvraag

Toegankelijkere medisch-specialistische zorg

Wat is de afspraak:
Instellingen voor medisch-specialistische zorg (msz) bundelen kennis en kunde in toenemende mate in netwerken en verbinden hun aanbod met de brede zorgvraag in hun regio waarbij de zorg voor mensen dichtbij georganiseerd is waar dat kan en met behoud van goede kwaliteit van zorg.

Wie gaat wat doen en wanneer:
- Binnen het IZA-traject Toekomstbestendig zorglandschap door spreiding en concentratie wordt door de Ronde Tafels momenteel al gewerkt aan minimale eisen voor (samenwerking in) netwerken. Zorgaanbieders, zorgprofessionals, patiënten en zorgverzekeraars leggen hier uiterlijk in september 2025 minimale eisen vast voor samenwerking in netwerken in een landelijke standaard "medisch-specialistische zorgnetwerken".
- Het is voor alle regionale (zorg)partijen in de keten belangrijk dat duidelijk is waar welke zorg wordt geboden. In elke regio nemen daarom de twee grootste zorgverzekeraars het voortouw om met het oog op de gewenste procescoördinatie de bestaande regio en ROAZ plannen in 2026 aan te vullen met gevolgen voor regionale zorgaanbod die voortvloeien uit lopende IZA-trajecten zoals concentratie en spreiding en andere transformatietrajecten in de medisch-specialistische zorg en om de consistentie tussen ROAZ- en regioplannen te borgen. Het uitgangspunt is dat deze aanvullingen plaatsvinden binnen bestaande plannen en overlegstructuren om de administratieve lasten te beperken. Hierbij worden, conform reguliere governance-structuur van de ROAZ- en regioplannen, de relevante AZWA partijen betrokken en de totstandkoming is een gezamenlijke verantwoordelijkheid.
- De medisch-specialistische zorg (msz) gaat – voor zover dat nog niet het geval is – onderdeel uitmaken van de ROAZ- en regioplannen. In deze plannen worden de afspraken beschreven die in de regio zijn gemaakt over de transformatie binnen het zorglandschap en op hoofdlijnen wie welke zorg levert. Waarbij wordt geborgd dat het zorgaanbod regionaal samenhangend is en aansluit op de behoefte in de regio. Hieronder valt ook dat de beschikbaarheid en kwaliteit van de spoedeisende hulp en acute verloskunde in de regio worden geborgd en hoe (streek)ziekenhuizen hierin samenwerken.
- Zorgverzekeraars ondersteunen de borging van de msz basisinfrastructuur via de inkoop. In dit licht is ook de consistentie met de afspraken onder "[E4] We zorgen dat iedereen een eerlijke bijdrage levert" van belang.
- De aangevulde ROAZ- en regioplannen vormen een belangrijk uitgangspunt voor de inkoop en financiering door zorgverzekeraars. Nadat de twee marktleiders zorgverzekeraars akkoord zijn met het ROAZ- en regioplan, volgen de andere zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars maken duurzame afspraken met de regionale zorgaanbieders over de strategische keuzes en bijbehorende transformatie. Zij streven ernaar, op basis van de aangevulde plannen, zorgaanbieders meerjarige zekerheid te bieden om de beschreven veranderingen in de ROAZ- en regioplannen te realiseren en noodzakelijke investeringen te kunnen doen.
- Vanuit het IZA zijn middelen beschikbaar gesteld voor:
  - Het programma 'Citrienfonds 3', dit programma onder regie van de NFU richt zich op het bevorderen van toekomstbestendige zorg (€28 mln. voor de periode 2024 - 2028)
  - Het programma 'Medisch-specialistische Zorg en Onderzoek' (MedZO), dit programma richt zich op het stimuleren van passende zorg en de doelmatigheid en effectiviteit van interventies in algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra, categorale ziekenhuizen of instellingen en zelfstandige behandelcentra in de medisch-specialistische zorg (€ 40 mln. voor de periode 2024 - 2028).
- Samen zetten umc's, ziekenhuizen en andere (zorg)partijen de komende jaren wederkerige stappen in het creëren van meer synergie in het regionaal onderzoekslandschap en de onderzoeksinfrastructuur die hiervoor nodig is. Het gaat hier om het regionaal inzetten van de (1) faciliteiten/apparaten, (2) data infrastructuren en de (3) researchondersteuning ten behoeve van zowel het (eigenstandig) opzetten van

onderzoek alsmede het participeren in elkaars onderzoek door het includeren van patiënten. NFU en NVZ maken in overleg met VWS uiterlijk Q3 2025 afspraken over het intensiveren van de samenwerking tussen umc's, algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra en categorale instellingen teneinde de regionale onderzoeksinfrastructuur binnen de medisch-specialistische zorg te versterken en te verbreden. Doel is om de kennis, expertise en capaciteit vanuit de UMC's toegankelijk te laten zijn voor aanbieders in de regio en de onderzoeksinfrastructuur optimaal en doelmatig te benutten. Er worden hiervoor geen aanvullende kosten in rekening gebracht aangezien umc's dit al bekostigd hebben uit publieke middelen. Regionaal worden hier afspraken over gemaakt. Periodiek wordt de toegankelijkheid landelijk geëvalueerd. De adviezen vanuit de onderzoeksevaluaties TOVER (IQ Healthcare in opdracht van ZonMW) en de beschikbaarheidsbijdragen (SiRM in opdracht van VWS) worden bij het maken van deze afspraken betrokken.

- De toenemende zorgvraag en personeelskrapte zetten de toegankelijkheid en de kwaliteit van de acute zorg onder druk. Om kwalitatief goede en toegankelijke acute zorg te kunnen blijven bieden, vindt op dit moment al differentiatie plaats in hoe de acute zorg door zorgaanbieders wordt georganiseerd. Doorontwikkeling van kwaliteitseisen dient bij deze differentiatie aan te sluiten. Differentiatie in kwaliteitseisen voor verschillend aanbod van acute zorg in ziekenhuizen zorgt dat de gestelde eisen beter passen bij de verschillen in zorgaanbod, zodat ziekenhuizen geen acute zorg hoeven sluiten omdat ze niet aan onrealistische eisen kunnen voldoen. Differentiatie in kwaliteitseisen doet bovendien recht aan de praktijk waarin al verschillende alternatieve organisatievormen van acute zorg vormkrijgen, zoals spoedeisende hulpen, spoedpleinen, spoedposten of acute zorg afdelingen.
  - Partijen spreken af dat onder regie van de Landelijke Spoedzorgtafel uiterlijk in Q4 2025 een voorstel wordt uitgewerkt dat bestaat uit een set gedifferentieerde kwaliteitseisen voor verschillend aanbod van acute zorg in ziekenhuizen. Zij maken hierbij gebruik van de inzichten uit het toezicht van de IGJ en brengen de mogelijke gevolgen in kaart. Ook wordt de verbinding gelegd met het NZa-traject over budgetbekostiging van de SEH.
  - De partijen van de Landelijke Spoedzorgtafel zullen vervolgens op bestuurlijk niveau beslissen over dit voorstel.
  - Mocht de Landelijke Spoedzorgtafel niet voor 1 januari 2026 tot een voorstel komen, dan plaatst het Zorginstituut de kwaliteitseisen voor verschillend aanbod van acute zorg in ziekenhuizen op haar meerjarenagenda.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting afneemt door deze afspraak. Verbetering van de samenwerking kan op de langere termijn een efficiëntie op gaan leveren en een verminderen van administratieve lasten. Op korte termijn moeten standaarden worden opgesteld en samenwerkingen verder worden vormgegeven. Dit kan daarom in het begin zorgen voor een lichte toename aan administratieve lasten.

Toelichting:
Het gegeven dat mensen in toenemende mate een beroep gaan doen op de zorg de komende jaren zonder dat het aantal zorgprofessionals in dezelfde mate meegroeit betekent dat we de zorg slimmer moeten organiseren. Alle beschikbare zorgcapaciteit blijft nodig. Een toegankelijkere medisch-specialistische zorg vraagt om gezamenlijke doorontwikkeling en afstemming van de organisatie van zorg in ons land. Dit geldt zowel voor instellingen die medisch-specialistische zorg leveren als voor de verbinding met andere aanbieders van zorg en ondersteuning in een regio. Er wordt onder andere ingezet op versterkte samenwerking en meerjarige financiële en inhoudelijke afspraken met instellingen voor medisch-specialistische zorg om meer zekerheid te bieden. Ook worden afspraken gemaakt die borgen dat het regionale msz-aanbod en daarbij behorende verpleegkundige zorg aansluit bij wat nodig is in de regio.

Om het medisch specialistisch zorglandschap toekomstbestendig in te richten, werken aanbieders in een regio in netwerken samen, waarbij de ziekenhuizen hun aanbod en hun huidig en toekomstig portfolio op elkaar afstemmen opdat dit ook in de toekomst aansluit op de zorgbehoefte in de regio en optimaal gebruik wordt gemaakt van regionaal beschikbare kennis, capaciteit en infrastructuur. De ROAZ- en regioplannen worden in 2026 overeenkomstig aangevuld en ondersteund. Gezamenlijk zorgen de aanbieders dat zorg voor mensen dichtbij georganiseerd is waar dat kan met behoud van goede kwaliteit van de zorg en aansluit op de regionale behoefte. Zij focussen scherper op zorg die echt binnen de msz moet plaatsvinden en niet elders kan worden geboden. Instellingen voor medisch-specialistische zorg werken samen om kennis en kunde te bundelen en doen dit in verbinding met de brede zorgvraag in de regio. Dit komt de toegankelijkheid van zorg ten goede.

D2 De versterking van de eerstelijnszorg wordt structureel geborgd

Structurele borging versterking eerstelijnszorg

Wat is de afspraak en wie doet wat in welk tijdpad:
Partijen die de visie eerstelijnszorg 2030 hebben opgesteld, werken samen aan de uitvoering hiervan middels de realisatieagenda25. Dit vormt de basis van de versterking eerstelijnszorg t/m 2030 met als doel de eerstelijnszorg duurzaam toegankelijk houden door de personele capaciteit optimaal in te zetten. Deze partijen maken de volgende aanvullende afspraken om de visie (sneller) te realiseren en structureel te borgen:

a. **Hechte wijkverbanden:**
   Hechte wijkverbanden werken multidisciplinair samen in de wijk. De huidige financiering en bekostiging in de Zvw leiden soms tot knelpunten in deze samenwerking. Visiepartijen voeren daarom in 2025 een knelpuntenanalyse uit naar waar de huidige monodisciplinaire contractering en bekostiging van eerstelijnszorgsectoren de samenwerking zoals beoogd in hechte wijkverbanden in de weg zit. Het gaat dan specifiek over de bekostiging van de zorgverlening in de wijk. Voor de partners uit het sociaal domein wordt verwezen naar de afspraken D5 en D6. Na deze analyse werken partijen, wanneer nodig, oplossingsrichtingen uit die bijdragen aan goede samenwerking in de wijk en de transitiedoelen. Bij de analyse wordt ook rekening gehouden met de beoogde RESV bekostiging.
   - Hierbij is specifieke aandacht voor de randvoorwaarden (waaronder contractering en bekostiging in de Zvw) voor de belangrijke rol van de wijkverpleging als onderdeel van het hechte wijkverband bij het in kaart brengen en bespreken van kwetsbaarheid van mensen die in de wijk wonen. Dit om te zorgen dat een zorg- of ondersteuningsbehoefte tijdig in beeld komt, met als doel verminderen van instroom in wijkverpleging/Wlz, het verminderen van inzet van wijkverpleging of huisartsenzorg of het voorkomen van SEH-bezoek. Het gaat hier om afspraken over vroegtijdig/proactieve inzet door sommige aanbieders van wijkverpleging die vanuit het hechte wijkverband een rol hierin toebedeeld krijgen. Betrokken partijen haken de NZa aan bij de uitwerking van deze afspraak.
b. **Structurele financiering van regionale eerstelijnssamenwerkingsverbanden (RESV's) per 2027.**
   VWS hoogt het budgettair kader multidisciplinaire zorg (MDZ) per 2027 structureel op om landelijke financiering van RESV's structureel mogelijk te maken na afloop van de financiële impuls via ZonMw. De RESV's zorgen, conform de visie eerstelijnszorg, voor (financiële) ondersteuning naar de hechte wijkverbanden m.b.t. organisatie en coördinatie. Daarbij faciliteren ze mede de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting afneemt door deze afspraak. De afspraak bestaat uit meerdere deelafspraken die samen opgeteld tot deze score leiden.

Toelichting:
Kern van de visie eerstelijnszorg 2030 is dat we de eerstelijnszorg duurzaam toegankelijk houden door de personele capaciteit optimaal in te zetten. Zo streven we ernaar het gat te dichten tussen de (toenemende) zorgvraag en de (beperkte) beschikbare personele capaciteit. Kern is dat zorgverleners in de wijk en regio veel beter gaan samenwerken, ook met het sociaal domein. Hiervoor zijn hechte wijkverbanden en RESV's nodig. Deze laatsten faciliteren en ontzorgen professionals in de eerstelijnszorg, zodat beschikbare capaciteit maximaal wordt benut. Dat vraagt tijdelijk en structureel extra inspanning en middelen. De tijdelijke middelen lopen t/m 2026 via ZonMw. Met **subafspraak b** borgen we dit ook structureel. Via **subafspraak a** onderzoeken we wat aanvullend nodig is om samenwerking in de wijk tussen beroepsgroepen duurzaam vorm te geven.

[25] De realisatieagenda is in december 2024 bestuurlijk vastgesteld en ligt voor bij de achterbannen van betrokken partijen. Daarna is deze pas definitief.

D3 Huisartsen gaan standaard met een vaste patiëntenpopulatie werken

Eerstelijnszorg: Huisartsenzorg

Wat is de afspraak:
Voor goede toegang tot zorg is het essentieel dat alle inwoners in Nederland zijn ingeschreven bij een vaste huisarts(enpraktijk). Om toekomstbestendige huisartsenzorg voortvarend te realiseren is het van belang dat meer huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie werken. Dit is ook van belang om te zorgen dat huisartsen de samenwerking met andere professionals in de wijk en de regio adequaat kunnen vormgeven. Dit kan in vele (innovatieve) vormen: als praktijkhouder, in loondienst of in een andere vorm van 'patiënthouderschap'. Om dit te realiseren is een gezamenlijke inspanning nodig, in elke regio maar ook landelijk. In het IZA zijn al belangrijke afspraken gemaakt om de huisartsenzorg toekomstbestendig te maken (onder meer MTVP en ANW-zorg). Om benodigde extra stappen te zetten, voeren LHV, InEen, Patiëntenfederatie, ZN en VWS de onderstaande werkagenda uit. Doel is dat het aantal mensen dat ongewenst zonder huisarts zit eind 2028 naar nul daalt en dat het percentage huisartsen dat met een vaste patiëntenpopulatie werkt stijgt.

Wie gaat wat doen en wat is het tijdpad:
1. LHV, InEen en ZN realiseren een landelijk werkend systeem waarmee inzicht ontstaat welke huisartsenpraktijken plek hebben voor nieuwe patiënten. Dit helpt o.a. patiënten die door een verhuizing te ver van hun huisarts wonen bij het 'ruilen' van praktijk[26]. Het systeem komt eind 2025 beschikbaar voor alle RHO's en helpt alle betrokkenen om de capaciteit optimaal te benutten. De keuze om te ruilen blijft bij de patiënt.
2. Via de werkgroep die opvolging geeft aan de aanbevelingen van de IGJ en NZa over ketenvorming in de huisartsenzorg, vertalen LHV en NHG de kernwaarden van de huisartsenzorg naar werkbare en toetsbare uitgangspunten of normen. Het Zorginstituut begeleidt partijen bij de uitvoering van deze afspraken. De werkgroep levert uiterlijk Q3 2025 het eindproduct van de verkenning op.
3. ZN stelt samen met LHV en InEen (en in afstemming met Patiëntenfederatie, NZa en VWS) een landelijke leidraad op ten behoeve van 'maatwerk voor duurzame continuïteit in elke regio'. Vervolgens vertalen zorgverzekeraars dit zelf naar inkoopbeleid. Zie de betreffende AZWA-afspraak D4.
4. LHV, InEen, ZN en VNG werken samen met VWS verder aan het oplossen van huisvestingsproblematiek van huisartsen(praktijken). Deze partijen leveren daartoe in Q3 2025 een nieuwe en uitgebreide versie van de Handreiking huisvestingsproblematiek huisartsen en gezondheidscentra 2.0 op om huisartsen zo snel mogelijk te helpen aan betaalbare, voldoende en geschikte praktijkruimtes[27]. De handreiking 2.0 bevat een 'stroomschema' met stappen die doorlopen kunnen worden bij huisvestingsproblematiek. Dit stroomschema beschrijft ook hoe financiële knelpunten kunnen worden opgelost indien huisvestingsproblematiek leidt tot discontinuïteit van zorg in de regio. Daarmee is er een sterke samenhang met afspraak D4 over 'maatwerk per regio' waarin partijen afspraken maken over financieel maatwerk om continuïteit van huisartsenzorg te borgen. Leden van deze partijen werken volgens het principe 'pas de handreiking toe, of leg uit'. Hiermee wordt de status van de handreiking verder verstevigd met als doel de continuïteit van huisartsenzorg – nu en in de toekomst – te borgen.
5. VWS onderzoekt in de voor het einde van 2025 samen met LHV, InEen, ZN, opleidingen en experts uit het veld en de wetenschap welke mogelijkheden er zijn om actiever te sturen op spreiding van huisartsen over het land.
6. VWS gaat, samen met LHV, InEen en ZN, in gesprek met de NZa over de wijze waarop de bekostiging kan bijdragen aan de gezamenlijke beleidsdoelen[28]. Zie daarnaast de afspraken die in D4 zijn gemaakt omtrent segment 3 van de bekostiging huisartsenzorg.
7. Partijen monitoren de ontwikkeling in het aantal mensen zonder huisarts en het aantal huisartsen dat met een vaste populatie werkt. VWS neemt hierin het voortouw. Deels kan hierbij gebruik gemaakt worden van de MTVP-monitor.

[26] Uit onderzoek van Nivel blijkt dat circa 300.000 volwassenen zich na een verhuizing niet kunnen inschrijven bij een huisartsenpraktijk in de nieuwe buurt.
[27] Hiermee geeft VWS uitvoering aan de motie van de Tweede Kamerleden Dobbe en Dijk over een Noodplan Huisartsenpraktijk om huisartsen zo snel mogelijk te helpen aan betaalbare, voldoende en geschikte praktijkruimtes.
[28] Hiermee geeft VWS aan motie van de Tweede Kamerleden Bushoff en Dijk over in gesprek gaan met de NZa over een andere vorm van tariefberekening voor de huisartsenzorg waarbij toekomstscenario's worden meegenomen.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat deze afspraak naar verwachting geen effect heeft op de regeldruk. Mogelijk dat een ruilsysteem als bijkomend voordeel heeft dat inschrijven van nieuwe patiënten deels geautomatiseerd wordt, waardoor administratielast voor zorgverleners afneemt maar dit is nog onzeker.

Toelichting:
De huisartsenzorg is het fundament van het zorgstelsel. Een langdurige relatie tussen zorgverleners uit de huisartsenzorg en patiënten leidt bewezen tot betere kwaliteit van zorg, minder (onnodig) zorggebruik en meer werkplezier. Deze werkagenda draagt in combinatie met de hiernavolgende afspraak dus bij aan de effectieve inzet van beschikbaar personeel in de huisartsenzorg en aan het voorkomen van zorgvraag elders.

D4 Met (financieel) maatwerk in elke regio borgen we de duurzame continuïteit van de huisartsenzorg

Eerstelijnszorg: Huisartsenzorg

Intro
Het is belangrijk dat elke inwoner van Nederland zich kan inschrijven bij een huisarts in de buurt. Veel huisartsen willen met een vaste patiëntenpopulatie werken, maar op dit moment doet een significant deel van de huisartsen dat niet. Met afspraken in het IZA zijn belangrijke generieke afspraken gemaakt die de huisartsenzorg versterken en het werken met een vaste populatie aantrekkelijker maken.
Dit betreft o.a. Meer Tijd Voor de Patiënt, ANW-zorg, de handreiking huisvestingsproblematiek en extra uren poh-ggz. Het budgettair kader huisartsenzorg 2023-2026 bood ruimte om deze afspraken ook financieel te realiseren.

Wat is de afspraak?
LHV, InEen, Patiëntenfederatie, ZN en VWS spreken af dat zij in 2026-2028 gezamenlijk topprioriteit geven aan het realiseren van duurzame toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg in elke regio. Zorgverzekeraars zetten daarvoor beschikbare financiële middelen via de contractering gericht in: in die regio's en wijken waar de (verwachte) tekorten aan huisartsenzorg het grootst zijn en waar gerichte investeringen de meeste impact hebben. De vraagstukken en knelpunten verschillen immers per regio en zelfs binnen regio's. Ook vraagt het type knelpunten om gerichte investeringen en niet om extra generieke (bekostigings)maatregelen. Er wordt dus maatwerk geleverd. Hiermee nemen huisartsen, RHO's en zorgverzekeraars gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg in elke regio duurzaam te borgen. De incidentele investeringen kunnen via de contractering breed worden ingezet, zolang deze aantoonbaar bijdragen aan duurzame toegankelijkheid en continuïteit van zorg in de regio. Denk hierbij o.a. aan het (oplossen van knelpunten rondom het) werven, behouden of ondersteunen van praktijkhoudend huisartsen, het starten, overnemen of uitbreiden van praktijken of het introduceren van innovatieve vormen van werken in de regio. Het budgettair kader huisartsenzorg biedt ruimte voor deze maatwerkafspraken in de jaren t/m 2028.

Wie gaat wat doen en wanneer?
- ZN stelt samen met LHV en InEen (en in afstemming met Patiëntenfederatie, NZa en VWS) voor het einde van 2025 een landelijke leidraad op waarmee zij regio's richting geven bij het gericht inzetten van de middelen voor incidentele investeringen. De leidraad gaat in ieder geval in op het doel van het maatwerk, verantwoordelijkheden van partijen en het proces waarmee regio's hierover afspraken kunnen maken. De leidraad beschrijft hoe zorgverzekeraars in de contractering geobjectiveerde keuzes kunnen maken bij de verdeling van middelen over en binnen regio's. Ook bevat de leidraad thema's waarover afspraken gemaakt kunnen worden binnen een regio. Partijen maken bij het opstellen van de leidraad gebruik van goede voorbeelden uit de praktijk. Zorgverzekeraars vertalen de leidraad vervolgens zelf naar inkoopbeleid.
- Uitgangspunt is dat de middelen worden ingezet op plekken waar (verwachte) knelpunten in toegankelijkheid en continuïteit zijn en daar waar investeringen de meeste impact hebben op duurzame toegankelijkheid en continuïteit van zorg. Dat betekent dus dat per regio zal verschillen of en hoeveel van deze maatwerkmiddelen worden ingezet. Voor de objectivering van knelpunten en onderbouwing

van de verdeling van de middelen gebruiken partijen beschikbare informatie van o.a. Nivel, NZa en zorgverzekeraars over regionale verschillen in de toegankelijkheid van huisartsenzorg.

- Zorgverzekeraars verwerken de afspraken uit de landelijke leidraad zelf in hun inkoopbeleid. Bij het maken van maatwerkafspraken t.b.v. continuïteit in de regio baseren zorgverzekeraars zich mede op de afspraken uit de leidraad en op de inbreng van het collectief van huisartsen[29] uit de regio. Zorgverzekeraars sluiten zo aan bij wat er regionaal nodig is. De zorgverzekeraars blijven eindverantwoordelijk voor de inzet van dit premiegeld. De marktleider zorgverzekeraar maakt deze afspraken, waarbij de andere verzekeraars volgen.
- Het collectief van huisartsen in elke regio ontwikkelt een plan voor continue en toegankelijke huisartsenzorg, waarmee iedere inwoner in de regio toegang krijgt tot een vaste huisarts. De plannen worden door de preferente verzekeraar beoordeeld, mede op basis van de landelijke leidraad en ondersteund door objectieve data (o.a. de “landkaartjes” van Nivel). De plannen die positief worden beoordeeld vertaalt de verzekeraar naar de contractering en hebben een concrete resultaatverplichting. De RHO zet zich in voor het uitvoeren van deze afspraak en wordt hiervoor gefinancierd via het MDZ-kader (O&I). Daarover worden afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars.
- Om deze contractering maximaal te ondersteunen vraagt VWS de NZa om op basis van de landelijke leidraad per 2027 aanpassingen te doen in segment 3 van de huisartsenbekostiging om maatwerkafspraken over continuïteit van zorg te stimuleren. Hiervoor dient de leidraad tijdig te zijn afgerond. Ook vraagt VWS de NZa een inschatting te maken of en hoe de inkomsten en kosten van deze maatwerkafspraken meegewogen moeten worden in toekomstige kostprijsonderzoeken, omdat het naar verwachting op het niveau van huisartsenpraktijken om incidentele middelen gaat ten behoeve van het praktijk-overstijgende belang, namelijk de toegankelijkheid van zorg in de regio.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat deze afspraak naar verwachting geen effect heeft op de regeldruk. Maatwerk is nu al mogelijk, maar met deze afspraak wordt eenduidiger hoe daar gebruik van kan worden gemaakt.

D5 We versterken de samenwerking tussen partijen op het snijvlak (eerstelijns)zorgdomein en sociaal domein

Samenvatting afspraak

We beperken de toestroom in de Zvw-zorg door het versterken van de samenwerking tussen het zorgdomein en sociaal domein[30]. Om dit te realiseren spreken zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders van zorg en ondersteuning concrete basisfunctionaliteiten af (het wat) op de leefgebieden kansrijk opgroeien, gezonde leefstijl, mentale gezondheid, vitaal ouder worden en gezondheidsachterstanden. Deze functionaliteiten zijn in elke regio of gemeente ingevuld en beschikbaar voor inwoners. Lokaal wordt bepaald welke interventie (het hoe) ingezet wordt om invulling te geven aan de basisfunctionaliteit. De partijen zijn overeengekomen om:

- De basisfunctionaliteiten laagdrempelige steunpunten EPA, Sociaal Verwijzen, Valpreventie, de Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen (GLI) en Kansrijke start (in het bijzonder nu niet zwanger en integrale gezinspoli) structureel te implementeren.
- De aanpakken Mentale Gezondheidsnetwerken (o.a. Verkennend Gesprek), Ketenaanpak dementie (inclusief preventie), Ketenaanpak overgewicht kinderen, Rookvrije start binnen Kansrijke Start en de Multiproblematiek aanpak (NPLV) op korte termijn door te ontwikkelen tot een basisfunctionaliteit en vast te stellen (Q1 2026). Deze worden nu incidenteel gefinancierd.
- Onderdelen die nog niet zijn uitgewerkt op een ontwikkelagenda (deel 2) te plaatsen.

[29] Met het collectief van huisartsen in de regio wordt bedoeld de RHO, in nauwe samenwerking met huisartsen en LHV-afdeling.
[30] Sociaal domein behelst ook de publieke gezondheid

	D5 Basis-functionaliteit onderbouwd	D5 ontwikkel-agenda 1	Ontwikkel-agenda deel 2	D6 Basis-infrastructuur
Leefgebied	Maatregel	Maatregel	Maatregel	Maatregel
1. Mentale Gezondheid	• Laagdrempelige steunpunten EPA • Sociaal Verwijzen	• Mentale Gezond-heidsnetwerken (onder andere verkennend gesprek)	• Aanpak eenzaamheid • Wachttijd ondersteuning • Lotgenotengroepen • Toeleiden naar werk • Verslavingspreventie	• Inloopvoorzieningen Socaal en Gezond (buurt en ziekenhuis) (inclusief gezond-heidsloketten) • Lokaal team - hechte wijkverbanen eerstelijn (inclusief aansluiting jgz) • Coördinatie (gemeenten) versterken samen-werking medisch sociaal (inclusief regie uitvoering basisfunctionaliteiten) • (Mentale) Gezonde school
2. Vitaal ouder worden/ ouderen	• Valpreventie	• Ketenaanpak dementie (incl. preventie)	• Ketenaanpak vitaal thuis	
3. Leefstijl	• Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen	• Nicotinevrij	• Samenwerking ziekenhuis & gemeenten • Seksuele gezondheid	
4. Kansrijk opgroeien	• Kansrijke start: integrale gezinspoli en Nu Niet Zwanger	• Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen • Kansrijke start: Rookvrije start	• Middelengebruik (roken, vapen, drugs, alcohol) • Mentale gezondheid jeugd • Stevig ouderschap • Gokken/gamen	• Lokale coalities Kansrijke Start • Buursportcoaches
5. Gezondheids-achterstanden verminderen en voorkomen		• Multiproblematiek aanpak (NPLV)	• Verhogen vaccinatiegraad • Aanpak armoede en schulden	• Suïcidepreventie • Middelen SPUK IZA

Tabel 1. Er is overeenstemming over de inhoud van de basisfunctionaliteit, voor de ontwikkelagenda deel 1 worden de benoemde aanpakken op korte termijn doorontwikkeld tot een basisfunctionaliteit en vastgesteld (Q1 2026). De ontwikkelagenda deel 2 is een weergave van de inventarisatie op dit moment, dit is nog niet uitgewerkt en wordt nog aangepast op basis van inzichten de komende periode. De oranje cellen geven weer waar momenteel al middelen voor beschikbaar zijn.

Samenwerking sociaal/zorgdomein

Wat is de afspraak:
We versterken de samenwerking tussen het zorgdomein en sociaal domein[31] (hierna: zorg-sociaal) zodat mensen (gelijkwaardige toegang tot) de zorg en ondersteuning krijgen die zij daadwerkelijk nodig hebben. Om dit te realiseren zijn er twee doorbraakafspraken nodig: concrete landelijke afspraken op het snijvlak van het zorgdomein en sociaal domein (D5) en afspraken over basisvoorzieningen in wijken en buurten op het gebied van gezondheid, ondersteuning, welzijn en zorg (D6)[32].

We maken landelijke afspraken tussen o.a. zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders van zorg en ondersteuning over concrete basisfunctionaliteiten (het wat) op de thema’s kansrijk opgroeien, gezonde leefstijl, mentale gezondheid, vitaal ouder worden en gezondheidsachterstanden verminderen. Het gaat dan om basisfunctionaliteiten zoals sociaal verwijzen, valpreventie en volwassenen met overgewicht en obesitas.

Deze functionaliteiten zijn in elke regio of gemeente ingevuld en beschikbaar voor inwoners. Gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders van zorg en ondersteuning zijn hierop wederzijds aanspreekbaar. In de werkagenda behorend bij het regioplan werken sociale en zorgpartijen uit welke (gezondheids)doelen bereikt

[31] Sociaal domein behelst ook de publieke gezondheid
[32] Sociale basisinfrastructuur, lokale teams en de wettelijke verankering van gezondheidstaken

moeten worden, hoe de basisfunctionaliteiten hiervoor ingezet worden en hoe de onderlinge samenwerking in hun regio concreet georganiseerd is. Zij maken gebruik van een ‘gereedschapskist’ met effectieve aanpakken/interventies op het snijvlak zorg/sociaal (het hoe) welke regionaal en lokaal geïmplementeerd worden. Lokaal wordt bepaald welke interventie ingezet wordt om invulling te geven aan de basisfunctionaliteit. De landelijke basisfunctionaliteiten bevatten concrete afspraken op samenwerking tussen de domeinen, randvoorwaarden, definitie van doelgroep en signalering en zijn doorgerekend op de impact op zorgkosten/ WMO en inzet zorg/welzijnspersoneel. De afspraken zijn wederkerig, partijen zijn hierop aanspreekbaar en er is sprake van structurele financiering. In dit landelijk kader (Q1 2026 gedetailleerd uitgewerkt) zijn basisfunctionaliteiten als sociaal verwijzen en valpreventie opgenomen, zie eerste/groene kolom tabel 1. Een aantal aanpakken voldoet nog niet aan alle eisen voor een basisfunctionaliteit maar heeft wel veel potentie om op korte termijn een wezenlijke bijdrage te leveren aan de transitiedoelen zoals geformuleerd in het AZWA. Daarom worden deze op korte termijn doorontwikkeld (Q1 2026), zoals Mentale gezondheidsnetwerken (o.a. Verkennend Gesprek), Ketenaanpak dementie (inclusief preventie), Multiproblematiek aanpak (NPLV), zie tweede kolom tabel 1. Op de wat langere termijn staan bijvoorbeeld de uitwerking van basisfunctionaliteiten aanpak eenzaamheid, toeleiden naar werk, seksuele gezondheid en samenwerking tussen ziekenhuizen en gemeenten (leefstijlloketten) op de ontwikkelagenda, zie derde/ oranje kolom tabel 1.

De basisfunctionaliteiten en de ’gereedschapskist’, worden structureel verankerd. Er is uitbreiding mogelijk vanuit ontwikkelagenda deel 1 en deel 2. Wat betreft de structurele financiering geldt dat indien aanpakken op deze ontwikkelagenda leiden tot een besparing in de Zvw of Wlz deze besparingen structureel kunnen worden ingezet in het sociaal domein en dat de uitvoering van de basisfunctionaliteit structureel wordt gefinancierd. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:
1) voldoende bewijslast over de verwachte besparing;
2) de besparing wordt gerealiseerd door een intensivering van een bestaande of een nieuwe maatregel;
3) dekking voor de gehele looptijd van de maatregel;
4) een kabinetsbesluit via de reguliere begrotingsprocessen.

Het kabinet besluit over maatregelen na het doorlopen van deze criteria, tijdens het hoofdbesluitvormingsmoment in het voorjaar. Het kabinet behoudt de verantwoordelijkheid voor een besluit, zoals ook gebruikelijk bij Gezondheidsraadadviezen. De reguliere begrotingsregels en processen blijven van toepassing.

Dit mechanisme zorgt voor een duurzame transformatie met lerend effect, waarbij basisfunctionaliteiten van de ontwikkelagenda naar vaststelling kunnen. Het structureel uitrollen van basisfunctionaliteiten vergt een kabinetsbreed besluit waarbij de budgettaire besluitvorming in het voorjaar landt. Tussentijdse voortgang op implementatie van de basisfunctionaliteiten zelf zal in de regio gemonitord worden. Deze monitor wordt nog ontwikkeld. De basisfunctionaliteiten worden inhoudelijke periodiek geüpdatet op basis van monitoring en evaluatie van de (boven)lokale uitvoering in 2028. De afspraken over samenwerking met het sociaal domein zijn AZWA-breed en gaan op voor zowel het IZA/GALA deel van de afspraken, als ook voor het HLO.

Ter illustratie:
Een concreet voorbeeld van een **basisfunctionaliteit** is valpreventie. De landelijke afspraak is dat ouderen met een hoog valrisico in elke regio vanuit de eerstelijn worden gescreend op valrisicofactoren (valrisicobeoordeling) en dat de gemeenten en zorgprofessionals voorzien in de passende interventies (beweeginterventies, tips voor in huis etc.). In de **gereedschapskist** zitten interventies die ingezet kunnen worden in de regio, zoals Vallen Verleden Tijd, In Balans, Thuis Onbezorgd Mobiel. In de volgende afspraak (D6) wordt geregeld wat gemeenten in de wijk als basis aanbieden: sport- en beweegaanbod voor specifieke doelgroepen, zoals ouderen.

Wie gaat wat doen en wanneer:
- In de bijlage van dit akkoord zit een uitwerking van een landelijk kader met afspraken (en de verkenning op structurele verankering ervan) tussen ZN, VNG en VWS over de in tabel 1 beschreven basisfunctionaliteiten en de gereedschapskist met effectieve aanpakken op het vlak zorgdomein-sociaal domein. Met afspraken over de concrete inzet van deze partijen hierin en bijbehorende structurele financiering. De basisfunctionaliteiten (inclusief gereedschapskist en gevraagde inzet vanuit zorgverzekeraars, gemeenten en (zorg-)aanbieders) worden (digitaal) gecommuniceerd, zodat voor alle partijen in het sociaal domein en de zorg helder is wat van hen wordt verwacht.

- Dit landelijk kader wordt uiterlijk in Q4 2025 vastgesteld in het BO IZA/AZWA en daarna periodiek herijkt.
- Onderwerpen op de ontwikkelagenda 1 worden uitgewerkt volgens de criteria voor basisfunctionaliteiten. Dit gebeurt door VNG, ZN en VWS, samen met betrokken partijen. De prioritering binnen de ontwikkel-agenda wordt bepaald door VNG, ZN en VWS. Deze onderwerpen worden daarna ter besluitvorming voorgelegd aan het BO IZA/AZWA in Q4 2025, ter voorbereiding op de voorjaarsbesluitvorming. Voor de basisfunctionaliteiten op ontwikkelagenda 1 zijn incidentele middelen beschikbaar.
- Tevens worden voor de uitwerking van de onderwerpen op de ontwikkelagenda deel 2 in Q1 2026 plannen gemaakt door VNG, ZN en VWS wanneer deze onderwerpen aan de criteria van de basisfunctionaliteiten kunnen voldoen. Indien aanpakken op deze ontwikkelagenda leidden tot een besparing in de Zvw of Wlz kunnen deze besparingen structureel worden ingezet in het sociaal domein. Besluitvorming hierover vindt plaats in het kabinet, na voorbereiding door BO IZA/AZWA.
- ZN, VNG en VWS werken uiterlijk Q1 2026 een governance uit voor het beheer van de gereedschapskist. Dit doen we in samenwerking met het Zorginstituut, GGD GHOR Nederland, SWN, Trimbos, RIVM (i.r.t. loket Gezond Leven), Movisie en NJi. Dit wordt ter besluitvorming voorgelegd aan het BO IZA/ AZWA. Hierbij wordt ook eigenaarschap en ontwikkeling (incl. monitoring) verder vormgegeven. De gereedschapskist wordt steeds gevuld met aanpakken, interventies en maatregelen waarvan de impact onderbouwd is. Hierbij worden onder meer lopende transformatieplannen betrokken met de aanpak die daar ontwikkeld wordt en wordt een koppeling gemaakt met het investeringsmodel preventie. De uitkomst van deze plannen kan ook in de gereedschapskist komen. Deze lerende aanpak is dus onderdeel van de te ontwikkelen governance.
- De regioplannen worden steeds doorontwikkeld. Sociaal domein - en zorgpartijen werken samen uit, toegespitst op hun regio (en ook daarbinnen, bijv. in NPLV-gebieden), welke doelen voor verschillende doelgroepen gehaald moeten worden. Om die doelen te behalen putten zij uit de gereedschapskist.

Uitgangspunten financieringsvorm
De middelen voor het sociaal domein en gezondheid worden aan gemeenten verstrekt. Voor het selecteren van een financieringsvorm wordt een zorgvuldig proces ingericht tussen VNG, de fondsbeheerders en het vakdepartement om het passende instrument te kiezen. Hierbij wordt de Financiële verhoudingenwet (en MvT) als vertrekpunt genomen. In elk geval worden monitoringsafspraken gemaakt die recht doen aan het bewaken van de voortgang op de afspraken in dit akkoord. Monitoringsafspraken worden vormgegeven vanuit wederzijds vertrouwen en sluiten zoveel mogelijk aan bij bestaande gegevensbronnen en reguliere verantwoording aan de gemeenteraad. Daarbij wordt ingezet op zo min mogelijk administratieve lasten en wanneer van toepassing verantwoordingslast. Een voorstel voor het inrichten van een nieuwe specifieke uitkering vraagt expliciete besluitvorming door het kabinet.

Inzet doorbraakmiddelen
Met transformatieplannen en de bestaande GALA/IZA budgetten is al een start gemaakt met veel van de basisfunctionaliteiten met impact op zorg- en welzijnskosten en inzet van zorg/welzijnspersoneel. In de komende jaren wordt toegewerkt naar landelijke dekking vanaf 2030 voor de nu bekende basisfunctionaliteiten. We beogen een versnelling aan te brengen richting landelijke dekking van de basisfunctionaliteiten, om zo sneller impact te hebben met de D5 en D6 afspraken.

Dat doen we door gerichte inzet van een deel van de doorbraakmiddelen voor het sociaal domein (€ 100 mln in 2027 en in 2028). Landelijk wordt in najaar 2025 onder regie van ZN/VNG en VWS een scan gemaakt hoever regio’s zijn met de implementatie van de basisfunctionaliteiten. Vervolgens wordt o.b.v. de scan, in aanvulling op het bestaande IZA-regioplan, onder regie van de mandaatgemeente in samenspraak met de regionale partners een regionaal plan gemaakt voor impactvolle inzet van de doorbraakmiddelen (o.a. m.b.t. arbeidsbesparing, beoordelingskader wordt vastgesteld in het BO IZA/AZWA) om middels regionale implementatie te komen tot landelijke dekkende basisfunctionaliteiten in 2030. De regionale aanvullende plannen worden uiterlijk eind september 2026 opgeleverd. Monitoring en bijsturing van de realisatie op gemeentelijk niveau vindt plaats via de mandaatgemeenten of de regio. Dit is naast mogelijke transformatieplannen en overige doorbraakplannen die regio’s kunnen opstellen[33].

Gemeenten en zorgverzekeraars zitten gelijkwaardig aan tafel bij de beoordeling van het totaal aan regionale plannen omdat dit totaal een doorbraakplan betreft dat toeziet op de samenwerking tussen het sociaal domein

[33] NB: gemeenten kunnen geen zelfstandige aanvrager zijn voor doorbraakmiddelen, alleen meeliften op door Zvw aanbieder ingediend plan, mits dat niet gaat over MGN en basisinfra (want die zijn al elders gedekt)

en de zorg. Op basis van de inhoudelijke beoordeling beschikt VWS de middelen regionaal of per gemeente via een specifieke uitkering en verdeelt o.b.v. een generieke verdeelsleutel. Uitgangspunt is dat het plan zo licht mogelijke administratieve lasten oplevert.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting beperkt toeneemt en mogelijk op de middellange termijn en lange termijn afneemt door deze afspraak. In de uitwerking van de afspraak en manier van financieren en monitoren wordt zoveel mogelijk ingezet op het zo beperkt mogelijk houden van de regeldrukeffecten, of wordt dit expliciet afgewogen in relatie tot het te behalen doel/resultaat.

D6 In het sociaal domein wordt een basisinfrastructuur ingericht ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten

Samenvatting afspraak D6

De afspraken op het snijvlak zorg-sociaal (D5) vereisen een goede structuur en basis in de wijk en in de regio. Partijen hebben afgesproken dat hiertoe basisvoorzieningen in wijken en buurten op het gebied van gezondheid, ondersteuning, welzijn en zorg beschikbaar zijn. Het gaat daarbij om een herkenbaar aanbod van inloopvoorzieningen sociaal en gezond (0-100), het versterken van lokale teams ten dienste van verbinding met de eerste lijn en publieke gezondheid (jgz). Hierbij hoort ook dat burgerinitiatieven worden ondersteund en dat gemeenten in samenwerking met de GGD bijdragen aan de aanpak gezonde school met specifieke aandacht voor mentale gezondheid. Op regionaal niveau betreft het de coördinerende rol van de GGD op het gebied van de ketenaanpakken in relatie tot gezondheid en de kennis-/ preventie-infrastructuur op het gebied van gezondheid.

Inloopvoorzieningen sociaal en gezond (buurt en ziekenhuis)	**(Mentale) gezonde school**
Personeel voor inloopvoorziening sociaal en gezond (sociaal werkers, gezondheidsbevorderaars GGD, jgz-verpleegkundigen)	Gezonde school adviseur (via GGD)
Burgerinitiatieven	School brede interventies (collectieve en selectieve preventie) mentale gezondheid
Lokale teams	**Regionale coördinatie**
Versterking verbinding eerste lijn	Regionale coördinatie gemeenten o.a. regioplan/regiobeeld
Versterking verbinding jeugdgezondheidszorg	Versterking regionale kennis en adviesfunctie GGD + coördinatie regionale planvorming en uitvoering op preventie (inclusief ketenaanpakken)
Versterking andere werken	

Toelichting tabel: de elementen in de tabel zijn gericht op ondersteuning van de basisfunctionaliteiten, en zijn daarmee onderdeel zijn van dit akkoord. Het bredere gesprek over het versterken van de basisinfrastructuur in het sociaal domein vindt plaats los van de uitvoeringsstructuur van dit akkoord.

Samenwerking sociaal domein en (eerstelijns)zorgdomein

Wat is de afspraak:
Het sociaal en publieke gezondheidsdomein en de sociale basis hebben een grote intrinsieke waarde voor een gezonde, vitale en veerkrachtige samenleving in brede zin (kort gezegd de gezonde samenleving).

Iedereen woont het liefst zo lang en gezond mogelijk in een goede leefomgeving. Een sterk netwerk en een buurt met voldoende faciliteiten voor zorg, welzijn, ondersteuning en hulp is daar een belangrijk onderdeel van. Het versterken hiervan zorgt er ook voor dat mensen, wanneer zij zorg of ondersteuning nodig hebben, sneller op de juiste plek en beter worden geholpen. Het netwerk van zorg en ondersteuning, waar professionals uit het medisch, sociaal en gezondheidsdomein en het informeel netwerk (mantelzorg, familie of naasten, vrijwilligers en burgerinitiatieven) elkaar kennen en nauw samenwerken, wordt versterkt.

De stabiliteit en houdbaarheid van het sociaal domein, het publieke gezondheidsdomein en de sociale basis zijn cruciaal om de transformatie van zorg naar gezondheid en welzijn te realiseren. Het is voor het slagen voor de gemaakte afspraken in het IZA en het GALA alsmede de afspraken in het onderhavig akkoord en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO)[34] van belang dat het brede sociaal en publieke gezondheidsdomein en de sociale basis op orde zijn.

De afspraken op het snijvlak zorg-sociaal (D5) vereisen een goede structuur en basis in de wijk en in de regio. Juist in de wijk, vlakbij mensen, wordt het welzijn en de gezondheid van mensen versterkt als er ruimte is voor burgerinitiatieven, familie of naasten, professionals en vrijwilligers contact met elkaar hebben en bewoners gebruik kunnen maken van een laagdrempelige inloopvoorziening. Met een goede verbinding tussen formele en informele zorg, specifiek gericht op de infrastructuur die noodzakelijk is om de basisfunctionaliteiten op het snijvlak van het zorgdomein en sociaal domein (inclusief publieke gezondheid en sociaal werk) uit te kunnen voeren. Alle basisfunctionaliteiten zullen in ieder geval moeten kunnen leunen op bijvoorbeeld de aanwezigheid van laagdrempelige inloopvoorzieningen, de beschikbaarheid van de lokale (wijk)teams voor verbinding met de (eerstelijns)zorg, beweegaanbod voor specifieke doelgroepen en de beschikbaarheid van buurtsportcoaches, coördinatie op de regionale samenwerking tussen gemeenten onderling en tussen het sociaal domein in de zorg, regionale en lokale regie op de uitvoering van de basisfunctionaliteiten en digitalisering, monitoring en beschikbaarheid van informatie.

En ook op regionaal niveau wordt de structuur versterkt danwel gestart en worden afspraken gemaakt over regie en coördinatie in de uitvoering van bijvoorbeeld de ketenaanpakken. Verder wordt de verbinding gemaakt en versterkt met structuren die er al zijn, zoals de lokale coalities kansrijke start, Gezonde School en buurtsportcoaches, zie tabel 1 bij afspraak D5.

Een voorbeeld van een afspraak die in de basis moet liggen is dat in elke gemeente sport- en beweegaanbod is voor specifieke doelgroepen, zoals ouderen, waarbij de verbinding kan worden gemaakt met (vrijwilligers) initiatieven. Op deze manier ligt er in de wijk een basis waarop ook valpreventieve beweeginterventies aangeboden kunnen worden en waar dus de samenwerkende partijen op snijvlak zorg en sociaal domein op kunnen rekenen.

Wie gaat wat doen en wanneer:
- VWS, VNG, SWN en GGD GHOR Nederland werken samen met andere relevante partijen (zoals ActiZ) een set landelijke afspraken uit over een basisinfrastructuur met als primair doel om de uitvoering van de basisfunctionaliteiten lokaal en regionaal mogelijk te maken. Deze afspraken richten zich op het versterken van een gezonde, sociale en pedagogische basis in gemeenten. Het gaat daarbij om herkenbaar aanbod[35] van inloopvoorzieningen (0-100), inzet van sociaal werkers/jongerenwerkers/ lokale aanjagers/jgz/wijk GGD'ers, netwerksamenwerking (lokaal en regionaal), ondersteuning van burgerinitiatieven, gelijkgerichte mantelzorgondersteuning (HLO) en (mentale) Gezonde School.

[34] In het HLO worden afspraken gemaakt over mantelzorgondersteuning. Twee afspraken (gelijkgerichte mantelzorgondersteuning en respijt- en logeerzorg) worden uitgewerkt binnen de basisinfrastructuur (eerste afspraak in D6).
[35] Met het realiseren van een herkenbaar aanbod aan voorzieningen worden afspraken gemaakt dat in iedere gemeente vergelijkbare soort voorzieningen beschikbaar zijn die noodzakelijk zijn voor een basisinfrastructuur die in ieder geval faciliterend is aan de werking van de basisfunctionaliteiten.

- En op regionaal niveau de coördinerende rol van de GGD GHOR Nederland op het gebied van de ketenaanpakken in relatie tot gezondheid (onder andere valpreventie, overgewicht, kansrijke start) en de kennis- en preventie-infrastructuur op het gebied van gezondheid.
- Deze landelijke afspraken komen uiterlijk Q1 2026 beschikbaar.
- Stevige lokale teams[36] zijn essentieel voor de samenwerking tussen het zorgdomein en sociaal domein. VWS en gemeenten spreken in dit akkoord expliciet af dat de stevige lokale teams het sociaal domein vertegenwoordigen binnen de hechte wijkverbanden, zoals verwoord in de visie eerstelijnszorg. Deze aansluiting is uiterlijk Q4 2028 overal gereed. Zodat zij binnen het hechte wijkverband kunnen participeren en inwoners kunnen toeleiden naar de juiste ondersteuning in het sociaal domein.
- Lokale teams worden hiermee een herkenbaar aanspreekpunt voor inwoners (volwassen en jeugd) en voor partners waar zij mee samenwerken: naast die uit het zorgdomein gaat het onder andere ook om partners uit de sociale basis, rondom bestaanszekerheid, welzijns- en jongerenwerk, jeugdhulp, veiligheid, de publieke gezondheid (jeugdgezondheidszorg (jgz), de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz), gezondheidsbevordering), kinderopvang, onderwijs en sport.
- VWS verkent de mogelijkheden voor wettelijke verankering van gezondheidstaken voor gemeenten. Specifiek voor een aantal thema's waar sprake is van structurele middelen, te weten gezondheidsachterstanden, seksuele gezondheid, en ketenaanpakken zoals Kansrijke Start en Valpreventie. Bij de verkenning van wettelijke verankering worden ook aspecten van de samenwerking meegenomen die aanscherping behoeven (zoals wie initiatiefnemer en coördinator is om de samenwerkingsafspraken tot stand te brengen, met o.a. een rol voor de GGD).
- Uiterlijk in Q1 2026 worden afspraken gemaakt over de manier waarop op regionaal niveau de structuur wordt versterkt en over regie in de uitvoering van de ketenaanpakken. Verder wordt ook beschreven hoe de verbinding wordt gemaakt en versterkt met structuren die er al zijn, zoals de lokale coalities kansrijke start, Gezonde School en buurtsportcoaches.

Uitgangspunten financieringsvorm
De middelen voor het sociaal domein en gezondheid worden aan gemeenten verstrekt. Voor het selecteren van een financieringsvorm wordt een zorgvuldig proces ingericht tussen VNG, de fondsbeheerders en het vakdepartement om het passende instrument te kiezen. Hierbij wordt de Financiële verhoudingenwet (en MvT) als vertrekpunt genomen. In elk geval worden monitoringsafspraken gemaakt die recht doen aan het bewaken van de voortgang op de afspraken in dit akkoord. Monitoringsafspraken worden vormgegeven vanuit wederzijds vertrouwen en sluiten zoveel mogelijk aan bij bestaande gegevensbronnen en reguliere verantwoording aan de gemeenteraad. Daarbij wordt ingezet op zo min mogelijk administratieve lasten en wanneer van toepassing verantwoordingslast. Een voorstel voor het inrichten van een nieuwe specifieke uitkering vraagt expliciete besluitvorming door het kabinet.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting beperkt toeneemt en mogelijk op de middellange termijn en lange termijn afneemt door deze afspraak. In de uitwerking van de afspraak en manier van financieren en monitoren wordt zoveel mogelijk ingezet op het zo beperkt mogelijk houden van de regeldrukeffecten, of wordt dit expliciet afgewogen in relatie tot het te behalen doel/resultaat.

D7 We zorgen voor voldoende participatie voor de invulling van avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten

Bezetting ANW- en crisisdiensten

Wat is de afspraak:
De continuïteit van de invulling van avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten is onlosmakelijk verbonden met het bieden van goede zorg voor de patiënt. Het doel is de continuïteit van de invulling van ANW-diensten (waaronder crisisdiensten) in elke regio te borgen. Daarbij streven we ernaar dat alle zorgverleners en – aanbieders hierin hun verantwoordelijkheid (kunnen) nemen. In de verschillende sectoren wordt samengewerkt en gekeken welke maatregelen nodig zijn.

Specifiek voor ggz:
Met name in de ggz staat de continuïteit van ANW- en crisisdiensten onder druk. Partijen benoemen dat de afgelopen jaren de bestaande marktprikkels in combinatie met een krappe arbeidsmarkt geleid hebben tot keuzes waarbij de zorg voor patiënten met de zwaarste en meest ingewikkelde zorgvraag niet geprioriteerd werd en zorg voor de lichtere hulpvragen is toegenomen. Gevolg is dat het aanbod is versnipperd en hoogopgeleide ggz professionals, waaronder psychiaters, niet meer altijd daar werken waar ze het hardste nodig zijn.

De afspraak is dat alle partijen bijdragen aan de continuïteit en kwaliteit van de invulling van de ANW- en crisisdiensten. Verschillende maatregelen worden hierbij betrokken, waaronder de mogelijkheid tot wetgeving. Voor de ggz spreken we daarom af dat er een doorbraakprogramma wordt opgestart. De gezamenlijke doelstelling van het programma is dat er uiterlijk 1-1-2027 vanuit elke regio een robuuste continuïteit in dekking van de ANW- en crisisdiensten in de ggz is. Dit betekent een verhoging van de inzetbaarheid van psychiaters, om in de regio de werkdruk te verdelen.

De inschatting is dat 70% van de inzetbare psychiaters in 2027 een bijdrage leveren (inclusief psychiaters die op zzp-basis werkzaam zijn), dat is een toename van 15%. Wanneer vanuit de regio's de continuïteit van ANW- en crisisdiensten onder druk blijft staan én minder dan 70% van de inzetbare psychiaters een bijdrage levert, dan overweegt VWS wetgeving. We streven naar 70% participatie van psychiaters in de drie verschillende doelgroepen:
- Zorgverleners van de geïntegreerde organisaties die 24/7 bereikbaarheid hebben
- Psychiaters bij zorgaanbieders die geen 24/7 bereikbaarheid hebben
- Vrijgevestigd psychiaters

Wie gaat wat doen:

Ggz:
- De Nederlandse ggz en relevante beroepsgroepen (NVvP, NIP en V&VN) richten een doorbraakprogramma in waarbij de in het Berenschot rapport[37] beschreven maatregelen worden geïmplementeerd. Dit betreffen maatregelen zoals een regionaal ontwikkelplan, een verbeterde dialoog en afspraken rond contracteren en – flexibele – beloning voor diensten. Het eventuele effect van de skillsgerichte aanpak, zoals in C6 omschreven, op de opgave wordt meegenomen in het doorbraakprogramma.
- Parrallel hieraan inventariseert VWS de mogelijkheden in wetgeving om de continuïteit van de invulling van avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten te borgen.
- Uiterlijk in 2027 wordt deze nieuwe werkwijze uitgerold en gemonitord. De gezamenlijke doelstelling van het programma is dat er vanuit elke regio de werkdruk wordt verdeeld zodat er een robuuste continuïteit in dekking van de ANW- en crisisdiensten in de ggz is.
- De tarieven voor cruciale zorg worden verhoogd zodat instellingen kunnen investeren in de zorg voor deze meest complexe doelgroep en daarmee worden instellingen ook in staat gesteld passende financiële, personele en materiële randvoorwaarden te creëren voor professionals. De tariefsverhoging wordt macroneutraal en binnen de huidige NZa-tarieven gerealiseerd. Aanpassing van de tarifering vindt pas plaatst nadat er ruimte is gecreëerd in het makrokader ggz (bijvoorbeeld door aanscherping van de Zvw-aanspraak ggz zoals in C6 omschreven).

Andere sectoren:
- Wanneer blijkt dat wetgeving noodzakelijk is, betrekt VWS ook de mogelijkheid voor toepassing op andere zorgsectoren.

[36] Met lokale teams worden ook (sociale) wijkteams en andere soorten wijk- en lokale teams bedoeld, zie Richtinggevend kader lokale teams (VNG rapport)

[37] Berenschot, 2022, 24x7 continuïteit en kwaliteit van psychiatrische zorg: knelpunten en oplossingsrichtingen vanuit het perspectief van zorgprofessionals

Wat is het tijdpad:
- De programma aanpak, inclusief feitenbasis en implementatievoorstel wordt uiterlijk in Q3 2025 voorgelegd aan het BO IZA/AZWA.
- Ieder kwartaal presenteert het programma de voortgang aan het BO IZA/AZWA.
- In Q3 2026 wordt een onafhankelijke 1-meting uitgevoerd om te toetsen of de uitvoering op koers ligt
- om de doelstelling te behalen. De resultaten van de 1-meting worden besproken in het BO IZA/AZWA.
- Uiterlijk in Q3 2025 is de 'Inventarisatie mogelijke wetgeving' gereed.
- In 2027 is de doelstelling dat ANW- en crisisdiensten robuust worden ingevuld, de veronderstelling ten tijde van het afsluiten van het akkoord is dat voor een evenwichtige verdeling van de werkdruk 70% participatie door psychiaters benodigd is.
- Wanneer blijkt dat de maatregelen uit het Berenschotrapport onvoldoende bijdragen aan het oplossen van het probleem, namelijk het dekkend krijgen van de ANW- en crisisdiensten, zal VWS wetgeving uitwerken om de werkdruk te verdelen.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat deze afspraak naar verwachting geen effect heeft op de regeldruk. Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande registraties.

Toelichting:
Het borgen van continuïteit van ANW- en crisisdiensten is een vraagstuk voor de gehele zorgsector. In de praktijk zien we, met name in sommige regio's, dat het moeilijk is om ANW-diensten en crisisdiensten in de ggz te bemensen. In de huidige situatie betekent dit dat de ANW en crisisdiensten met name terecht komen bij die collega's die al werkzaam zijn binnen de acute en cruciale ggz. De inzet van deze afspraak is om de lasten beter te verdelen, ook met het oog op de werkdruk in binnen de acute en cruciale ggz. Met deze afspraak erkennen de psychiaters en andere relevante beroepsverenigingen bovendien dat zij een 24/7 zorgplicht hebben voor hun patiënten. Deze 24/7 verantwoordelijkheid kunnen de betreffende zorgprofessionals invullen door (waar nodig) deelname aan een sluitend netwerk acute ggz. Hierdoor creëren we tevens meer gelijkheid tussen personeel in loondienst en personeel niet in loondienst (zzp-ers en vrijgevestigden). Op die manier wordt werken in cruciale ggz aantrekkelijker.

Deze afspraak richt zich op de ggz. We zien een relatie afspraak E4: We zorgen dat iedereen een eerlijke bijdrage levert.

3.4 Passende zorg

Inzet: Zorgmedewerkers inzetten op de meest effectieve zorg voor de meest urgente patiënten

E1 We maken kwaliteitsinformatie transparant

Versnelling keuze-informatie voor cliënten

Wat is de afspraak:
Cliënten hebben het wettelijk recht om een weloverwogen keuze te kunnen maken tussen verschillende zorgaanbieders. Met deze afspraak willen we de informatiepositie van cliënten concretiseren, ongewenste praktijkvariatie tussen zorgaanbieders voorkomen en een gelijkwaardige toegang van cliënten tot passende zorg realiseren. Deze afspraak is aanvullend op de IZA-afspraken over transparantie en in aansluiting op dat wat al gedaan wordt door de msz-partijen van het BO Kwaliteit voor passende msz zoals beschreven in de Kamerbrief 'Informatie over kwaliteit van medisch-specialistische zorg voor de patiënt'[38]. We zijn al jaren met keuze-informatie voor cliënten bezig, in 2015 was het Jaar van de Transparantie, maar zien nog onvoldoende vooruitgang in de praktijk. Ook de overheidspartijen (VWS, het Zorginstituut, NZa en IGJ) slaan de handen ineen om op korte termijn hierin een versnelling aan te brengen. Transparantie afspraken binnen de msz lopen via het BO kwaliteit.

Wie gaat wat doen en wanneer:
1) Inzicht in de mate waarin transparantie is gerealiseerd:
   Patiëntenfederatie en het Zorginstituut presenteren samen met alle betrokken partijen uiterlijk september 2025 een meting Transparantie waar we nu staan. Daarmee maken we concreet hoe het op dit moment met de transparantie staat. Dit doen we onder andere aan de hand van de Landelijke Transparantiekalender, waarbij het gaat om informatie die er voor de patiënt toe doet (bijv. klinische informatie, volumenormen en patiënt gerapporteerde uitkomsten). Vervolgens zal ieder jaar in Q4 een vervolgmeting worden gepresenteerd om ontwikkelingen te kunnen monitoren. Dit wordt gedaan door openbaar te maken welke aandoeningen en instellingen transparant zijn en voldoende inzicht bieden aan cliënten om een weloverwogen keuze te kunnen maken tussen verschillende zorgaanbieders.
2) Ontsluiting van alle transparante informatie op een voor patiënten vindbare en begrijpelijke wijze:
   Op dit moment worden de afgesproken transparante data in de Openbare Database van het Zorginstituut (Zorginzicht) beschikbaar gemaakt. Voor patiënten zijn deze data op de manier waarop ze worden gepresenteerd moeilijk vindbaar en lastig begrijpelijk. Daarom wordt geïnvesteerd in een duidelijke (zo mogelijk bestaande) website, waarop alle transparante data op begrijpelijke wijze beschikbaar komt met duiding door professionals. Een goede, duidelijke vindplaats is behulpzaam voor patiënten die op zoek zijn naar informatie over kwaliteit van zorg. Hierbij kunnen patiënten zowel instellingen vergelijken op basis van de uitkomstinformatie, als begrijpelijke informatie vinden die hen helpt bij het maken van een keuze over hun behandeling in het proces van Samen Beslissen.
3) Msz-partijen zetten het traject om te bezien hoe we kwaliteitsregistraties voor alle doelen van kwaliteit (leren en verbeteren, samen beslissen, keuze-informatie) kunnen inzetten versneld door. Daarvoor hebben partijen begin 2026 een gapanalyse gereed plus een implementatieroute om zo snel mogelijk alle doelen, waaronder keuze-informatie en transparantie over 50% van de ziektelast, te kunnen realiseren.
4) Het Zorginstituut komt samen met andere betrokken partijen met een agenda om in ieder geval voor prostaatcarcinoom en de aandoeningen van tranche 1 van de IZA-afspraak spreiding & concentratie[39], versnelling in transparantie te realiseren. De inzet is om in 2025, samen met partijen (tripartiet), (aanvullende) indicatoren te formuleren, zodat de benodigde informatie in 2026 kan worden geregistreerd en in 2027 kan worden aangeleverd en gepubliceerd en deels al eerder.
   Daarbij kan gedacht worden aan reeds beschikbare informatie over welke zorgaanbieder passende zorg verleent, de ervaren en objectieve uitkomsten van zorg, bijwerkingen en complicaties van behandelingen en wachttijden. Zo krijgen cliënten meer zicht op welke zorgaanbieder bijv. een laag risico op incontinentie na een ingreep heeft. Daarmee krijgen ook zorgverzekeraars zicht op kwaliteitsinformatie die zij kunnen gebruiken voor de contractering van passende kwaliteit. Team overheid zal vanuit haar eigenstandige rol uitvoering geven aan de versnelling van de gemaakte afspraken (ondersteuning, doorzettingsmacht waar dat kan en handhaving waar dat nodig is).
5) Ook zal het Zorginstituut in 2025 met partijen (tripartiet) data die niet op alle of op slechts een beperkt aantal zorgaanbieders ziet, openbaar beschikbaar maken, zodat cliënten daarover kunnen beschikken. Het initiatief om deze informatie aan het Zorginstituut te verstrekken ligt bij de zorgaanbieder. Dit valt binnen het proces van de Transparantiekalender. Dit aanvullend op dat wat al gedaan wordt zoals beschreven in de Kamerbrief 'Informatie over kwaliteit van medisch-specialistische zorg voor de patiënt'[40].
6) Partijen spreken af intensiever gebruik te maken van bestaande data, die zoveel mogelijk geautomatiseerd uit de systemen kunnen worden gehaald en deze ook sneller inzichtelijk te maken voor patiënten en verzekeraars. Daarbij wordt ook gekeken naar data die voor andere doelen wordt verzameld. Dit moet binnen een jaar (begin 2026) leiden tot extra informatie. Voor sommige aandoeningen missen we nog data en indicatoren. Deze worden z.s.m. ter beschikking gesteld via bestaande structuren.
   In Q3 2025 wordt een precieze werkagenda omtrent deze afspraak vastgesteld. Verkend wordt of hier aanpassing van wet- en regelgeving voor noodzakelijk is en als ja, dan wordt dit aangepast.

[38] Kamerstukken II, 2023-24, 31 765, nr. 858.

[39] Tranche 1 betreft een aantal kankersoorten en twee hartaandoeningen, namelijk hoofd/hals-/long-/maag/slokdarm-, pancreas- en nierkanker en aorta aneurysma en carotislijden.

[40] Tweede Kamer, vergaderjaar 2023-2024, Kamerstuk 31765-858

7) De NZa zal zich de komende jaren inzetten op het stimuleren van transparantie van uitkomstinformatie voor de patiënten. De meest verregaande vorm van transparantie van uitkomstinformatie is noodzakelijk voor de patiëntkeuze voor zorgaanbieders. Als informatie inzichtelijk is voor patiënten, is deze in de praktijk ook beschikbaar voor alle stakeholders. De acties van VWS, het Zorginstituut, NZa en IGJ zullen leiden tot minder vrijblijvendheid voor het transparant zijn van instellingen over kwaliteit. Waar nodig zal ook handhaving plaatsvinden.
8) In eerste instantie zijn deze afspraken gericht op de msz. V&V-partijen geven invulling aan deze afspraak door uitvoering te geven aan het Generiek Kompas. De V&V maakt geen aanvullende afspraken buiten het Generiek Kompas.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat deze afspraak naar verwachting geen effect heeft op de regeldruk. Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande registraties.

Toelichting:
Cliënten hebben het wettelijke recht om te weten wat verschillen in uitkomsten in kwaliteit van zorg tussen zorgaanbieders zijn. Zo kunnen zij een keuze maken voor de zorgaanbieder die het beste bij hen past. Het mag niet zo zijn dat een cliënt het eigen lot uit handen moet geven en afhankelijk is van zorgaanbieders/zorgverleners of zorgverzekeraar/zorgkantoor.

Het Zorginstituut heeft de wettelijke bevoegdheid om zorg te dragen voor het verzamelen, samenvoegen en beschikbaar maken van informatie over de kwaliteit van verleende zorg met het oog op het recht van de cliënt een weloverwogen keuze te kunnen maken tussen verschillende zorgaanbieders[41].

In dat kader zijn zorgaanbieders verplicht jaarlijks kwaliteitsinformatie aan te leveren over de indicatoren die op de Transparantiekalender staan. Het voorbeeld in de media van incontinentie na een prostaatoperatie, waarbij cliënten nog steeds niet de verschillen tussen ziekenhuizen weten, laat zien dat het proces om tot een passende indicator te komen beter en sneller moet.

Zorgaanbieders zijn op grond van de Wkkgz verplicht om doelmatige zorg te leveren, richtlijnen na te leven en richting cliënten transparant te zijn over de kwaliteit van de zorg, het al dan niet bestaan van wetenschappelijk bewezen werkzaamheid, de wachttijd en ervaringen van cliënten met die zorg[42]. Zorgaanbieders zijn op grond van de Wmg verplicht informatie openbaar te maken over de eigenschappen van de aangeboden prestaties en diensten, op een zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft onder andere de kwaliteit van de aangeboden prestaties en diensten[43].

De keuze-informatie voor cliënten helpt ook zorgverzekeraars in de contractering van passende zorg.

E2 We realiseren impactvolle passende zorg door opschaling en contractering

Passende zorg – opschaling en contractering impactvolle passende zorg initiatieven

Wat is de afspraak:
De ambitie is dat deze afspraak – voor de diverse sectoren – voor circa 20.000 werknemers bijdraagt om de arbeidsmarktvraag van 100.000 werknemers te overbruggen. Zorgaanbieders en zorgprofessionals zullen (intern) gelijkgericht werken (denk aan ziekenhuisbesturen en msb's) en verzekeraars zullen in het contracteerbeleid als het gaat om impactvolle passende zorg congruent handelen. Bij impactvolle initiatieven die belangrijk zijn om de transitiedoelen te halen, maken verzekeraars en aanbieders meerjarige financiële afspraken als zekerheden in tijd nodig zijn om de impact te realiseren.

41 art. 11, lid 1, onderdeel a, Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Binnen het project Herijken van de kwaliteitstaken ZIN wordt de invulling van deze wettelijke bevoegdheid geëvalueerd en aangepast waar nodig.
42 art. 2 en art. 10 Wkkgz.
43 Art. 38 Wmg.

Bij passende zorg is opschaling cruciaal. Opschaling lukt alleen als dit ook vanuit de zorgaanbieders en zorgverleners zelf plaatsvindt. Hiertoe wordt een gedragen en gezamenlijke governance en bijbehorende werkwijze ontwikkeld voor het vervolg, waarbij iedere sector jaarlijks impactvolle voorbeelden van initiatieven die tot passende zorg leiden oplevert én selectie plaatsvindt ten behoeve van de opschaling, tezamen optellend tot minimaal 20.000 werknemers besparing in 2028. Zorgverzekeraars zullen de werkzame onderdelen[44] uit deze geselecteerde impactvolle passende zorg initiatieven vervolgens congruent contracteren zodat een dynamiek op gang komt van versnelling van passende zorg. Daar waar bekostiging dergelijke initiatieven in de weg staat, zal er ruimte worden gecreëerd in de bekostiging, zodat de transitie naar passende zorg wordt ondersteund. Het gelijkgericht opschalen en contracteren van deze impactvolle initiatieven is een eerste stap; partijen blijven werken aan passende contractering die de noodzakelijke bijdrage aan de transitiedoelen in de volle breedte ondersteunt.

Wie gaat wat doen en wanneer:
1. Ten behoeve van het versnellen van passende zorg en in aanvulling op de gemaakte afspraken werken de AZWA-partijen, onder regie van de NFU, NVZ, V&VN en FMS, een gedragen en gezamenlijke governance en bijbehorende werkwijze (incl. beoordelingscriteria) uit voor het ophalen, selecteren en beoordelen en selecteren van de werkzame onderdelen uit passende zorg initiatieven.[45] Partijen nemen daarin de 21 voorbeelden uit het Programma Passende Zorgpraktijken mee. Tijdens het eerste BO IZA/AZWA na de zomer (2025) wordt een eerste gedragen voorstel hiertoe besproken. Bij de governance wordt gebruik gemaakt van de Thematafel Passende zorg, zoals bij onderdeel 3 beschreven. Een belangrijk onderdeel van de governance is een opschalingsplan, waarvoor ook de evaluatie van het programma Passende zorgpraktijken wordt betrokken. Bij het plan is oog voor het gebruik van bestaande programma's, wordt gekeken naar een mechanisme voor in de wijk, de ggz en de ouderenzorg.
2. Elke sector levert voor 1 oktober 2025 impactvolle passende zorg initiatieven op (met substantiële impact op arbeidsinzet), optellend tot minimaal 20.000 werknemers besparing in 2028.[46] Als er sprake kan zijn van een waterbedeffect wordt dit met de betreffende sector besproken alvorens het wordt geïmplementeerd; Deze worden gelijkgericht ingekocht door verzekeraars.
   a. FMS doet dit voor de medisch-specialistische zorg (incl. passend geneesmiddelenbeleid) en betrekt V&VN, NVZ, NFU, ZKN, Patiëntenfederatie en ZN daarbij ten behoeve van draagvlak voor de opschaling; en maakt hiervoor onder andere gebruik van de Less is More aanpak en de al bestaande ZE&GG implementatieagenda;
   b. NL ggz doet voorstellen voor de ggz en betrekt de beroepsgroepen in de ggz, MIND en ZN daarbij ten behoeve van draagvlak voor opschaling;
   c. V&VN doet voorstellen voor de wijkverpleging en betrekt ActiZ, Patiëntenfederatie en ZN daarbij ten behoeve van draagvlak voor opschaling;
   d. LHV/NHG doet voorstellen voor de huisartsenzorg en betrekt InEen, Patiëntenfederatie en ZN daarbij ten behoeve van draagvlak voor opschaling;
   e. LHV/NHG en FMS doen voorstellen voor patiënten in de laatste levensfase en betrekt V&VN, InEen, NVZ, NFU, Patiëntenfederatie en ZN daarbij ten behoeve van draagvlak voor opschaling.
   f. LHV en V&VN brengen samen voorstellen in vanuit de partijen die betrokken zijn bij de realisatie visie eerstelijnszorg.

Bij bovenstaande ligt weliswaar het voortouw bij één partij, maar ook de andere genoemde partijen bij de sector hebben hier een verantwoordelijkheid in om te komen tot een brede sectorale opschaling.

44 Telkens wanneer het begrip 'impactvolle passende zorg initiatieven' wordt gehanteerd, gaat het om de werkzame onderdelen uit de impactvolle passende zorg initiatieven.
45 Met aandacht voor substantiële impact op arbeidsinzet zonder waterbedeffect, optellend tot minimaal 20.000 werknemers besparing in 2028.
46 Bij het selecteren is aandacht voor de IZA-doelgroepen: Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, Mensen met psychische problematiek, Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten, Mensen met (risico op) kanker, Ouderen met een kwetsbare gezondheid

3. Jaarlijks actualiseren deze partijen de overzichten met het oog op het volgende:
   a. De FMS, NLggz, V&VN en het LHV/NHG leveren jaarlijks, voor 1 oktober, de overzichten aan de Thematafel Passende Zorg. In samenspraak met ZN en de Patiëntenfederatie (en voor de ggz MIND) worden de passende zorg initiatieven per sector in de periode van november tot december transparant beoordeeld en geprioriteerd. In januari worden de meeste impactvolle opschaalbare passende zorg initiatieven geselecteerd, gelet op de mate waarin deze bijdragen aan het behalen van de transitiedoelen. Deze prioritering/selectie per sector wordt bij de start van het eerste kwartaal geaccordeerd door het BO IZA/AZWA, zodat de geselecteerde initiatieven worden meegenomen in het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars dat uiterlijk 1 april gepubliceerd wordt.
   b. De betrokken partijen publiceren de geselecteerde initiatieven per sector op de per sector op de daarvoor beschikbare website.
   c. De betrokken partijen communiceren actief over de gemaakte afspraken naar hun achterban en bieden ondersteuning bij de opschaling.
4. Zorgaanbieders/zorgverleners implementeren zo snel mogelijk maar uiterlijk binnen 2 jaar de geselecteerde initiatieven volgens het principe pas toe of leg uit en leggen deze geselecteerde initiatieven waar nodig vast in richtlijnen.
5. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders contracteren de geselecteerde initiatieven volgens het principe pas toe of leg uit.
6. Zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars werken bij het opschalen van de geselecteerde impactvolle passende zorg initiatieven gelijkgericht en maken gebruik van meerjarige financiële afspraken daar waar zekerheid in tijd nodig is om passende zorg te realiseren.
7. De NZa ontwerpt een jaarlijkse monitor bij de contractuele afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de opschaling van de geselecteerde initiatieven en de daadwerkelijke opschaling in de praktijk met zo min mogelijk uitvoeringslast voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders en zo min mogelijk toezichtlast voor de NZa.
8. VWS en de NZa maken ruimte in de bekostiging, daar waar deze het realiseren van passende zorg nog in de weg staat. Het uitgangspunt is dat de bekostiging zo eenvoudig mogelijk is.
9. Waar van toepassing declareren partijen niet langer niet-passende zorg en informeren de patiënten daarover helder. Waar relevant vragen AZWA-partijen een duiding aan het Zorginstituut over de stand van de wetenschap en praktijk ter bepaling of zorg tot het Zvw-basispakket behoort.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting afneemt door deze afspraak. Vermindering van regeldruk is immers het uitgangspunt van dit akkoord. Dus ook van de te selecteren impactvolle passende zorg initiatieven.

E3 We dragen met professionele richtlijnen bij aan passende zorg en de transitiedoelen

Richtlijnen voor zorgprofessionals ondersteunen passende zorg en dragen bij aan de transitiedoelen

Wat is de afspraak:
Gezien de eerder afspraken uit het IZA maken we op het gebied van richtlijnen voor professionals ambitieuzere en concrete aanvullende afspraken. Partijen spreken af dat zij ervoor zullen zorgdragen dat professionele richtlijnen het realiseren van passende zorg ondersteunen en bijdragen aan de transitiedoelen, waarbij leefstijl en preventie belangrijke aangrijpingspunten zijn. Richtlijnen blijven daarbij een richtinggevend vertrekpunt voor de gezamenlijke klinische besluitvorming, waarbij de zorgverlener samen met de individuele patiënt kijkt wat er bij de patiënt past (samen beslissen). Bij het opstellen van de aanbevelingen in richtlijnen wordt naast aspecten als aantoonbare effectiviteit, veiligheid en kosten, ook rekening gehouden met de personele capaciteit en duurzaamheid. Daarbij zal ook meer expliciet worden aangegeven welke interventies bij wie niet (voldoende) bijdragen. Daarmee zetten we de beschikbare middelen in om de zorg zoveel mogelijk toegankelijk te houden, waarbij oog wordt gehouden voor de eventuele gevolgen in andere sectoren. Zo dragen we gezamenlijk bij aan het doorlichten van zorg op bewezen niet-effectiviteit en versterken we de afspraken voor passende zorg en pakketbeheer (Verbeteren en Verbreden van de Toets op het Basispakket) uit het IZA.

De urgentie is groot en er is veel werk te verzetten. Tegelijkertijd kunnen niet alle richtlijnen tegelijk worden geactualiseerd. Daarom is prioritering nodig, waarbij een zo optimaal mogelijke inzet van zorgprofessionals en het garanderen van gelijkwaardige toegang tot zorg zwaar zullen meewegen.

Daarnaast stellen de richtlijnpartijen ten behoeve van het opschalen van werkzame elementen uit impactvolle passende zorginitiatieven een toelichting op voor de nog niet geactualiseerde richtlijnen om zorgprofessionals het comfort en de ruimte te geven (ook in het toezicht en de aansprakelijkheid) passende zorg te leveren die bijdraagt aan de transitiedoelen. Ook voor de IGJ zal de toelichting richtinggevend zijn voor het toezicht.

Wie gaat wat doen en wanneer:
1) De AZWA-partijen die verantwoordelijk zijn voor de richtlijnen (‘richtlijnpartijen’: FMS, LHV/NHG, richtlijn partijen in de ggz en V&VN) schrijven voor eind 2025 een plan om richtlijnen vanaf 1 januari 2026 waar nodig zo aan te passen dat deze:
   a. ondersteunend zijn aan het samen beslissen tussen zorgverlener en patiënt over de meest passende zorg, waarbij ook het niet of anders verlenen van zorg expliciet onderdeel is van het gesprek;
   b. het principe ‘zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan en met een zo gering mogelijke arbeidsinzet’ hanteren;
   c. naast aspecten als aantoonbare effectiviteit en veiligheid, ook rekening houden met de personele capaciteit en andere afwegingen zoals kosten en duurzaamheid. Daarbij wordt expliciet(er) aangegeven welke interventies niet (voldoende) bijdragen;
   d. up to date blijven door de meest recente kennis over de meest effectieve, kostenefficiënte, arbeidsbesparende en gelijkwaardige toegang tot zorg zo snel als mogelijk op te nemen en de aanbevelingen in richtlijnen en kwaliteitsstandaarden zo snel mogelijk toe te passen in de praktijk.

   De richtlijnpartijen betrekken Patiëntenfederatie, MIND, ZN en het Zorginstituut bij het plan.
2) De richtlijnpartijen wegen in dit plan een zo optimaal mogelijke inzet van zorgprofessionals en het garanderen van gelijkwaardigere toegang tot zorg en welzijn voor patiënten mee bij de prioritering welke (modules van) richtlijnen als eerste worden geactualiseerd. Vanuit de multidisciplinariteit die de zorg voor een patiënt vaak vergt, werken richtlijnpartijen daarin samen.
3) De richtlijnpartijen komen ten behoeve van het opschalen van werkzame elementen uit impactvolle passende zorginitiatieven voor eind 2025 tot een gezamenlijke leidraad hoe in de transitietijd van nu omgegaan moet worden met richtlijnen die nog niet veranderd zijn om zorgprofessionals een handelswijze te geven (ook in het toezicht en de aansprakelijkheid) passende zorg te leveren die bijdraagt aan de transitiedoelen. De richtlijnpartijen betrekken daarbij de IGJ.
4) De richtlijnpartijen komen samen met het Zorginstituut en VWS tot een werkwijze voor richtlijnen die een maatschappelijke afweging behoeven, waarbij een rol van de overheid nodig is. Het gaat hierbij om het creëren van onder meer een escalatiemogelijkheid voor die situaties waar (haalbaarheids)issues zoals ten aanzien van de toegankelijkheid spelen, die de verantwoordelijkheid of besluitvormingsmogelijkheden van de richtlijnpartijen overstijgen. De uitkomst van dit proces nemen richtlijnpartijen over in de aanbeveling in de richtlijn of kwaliteitsstandaard.
5) VWS verkent in 2025 of het nodig is om wetgeving voor te bereiden ten behoeve van een betere verbinding tussen de richtlijnen en het pakketbeheer. Onverminderd het uitgangspunt dat de zorgprofessionals over de inhoud van de richtlijnen gaan, gaat het om randvoorwaarden waaraan goede richtlijnen moeten voldoen, zoals transparant zijn over de gemaakte keuzes, bewijslast en duidelijke aanbevelingen over de voorkeursbehandeling. Hiertoe werkt het Zorginstituut eerst de uitvoerbaarheid/ werkbaarheid uit.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting afneemt door deze afspraak. Met deze afspraak wordt immers samen beslissen en het voorkomen van onnodige zorg gestimuleerd en een handelswijze gegeven aan zorgprofessionals om passende zorg te leveren die bijdraagt aan de transitiedoelen.

Toelichting:
Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden omschrijven goede zorg en houden rekening met wat nodig is om zorg nu en in de toekomst voor iedereen toegankelijk te houden. Zorgprofessionals zijn verantwoordelijk voor het tot stand komen van onderbouwde richtlijnen en kwaliteitsstandaarden. Hierbij moeten zowel patiënten als andere stakeholders worden betrokken. Het gaat om het vinden van een goede balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Met het oog op inbedding van passende zorg in de praktijk werken VWS en het Zorginstituut aan het herijken van de kwaliteitstaken van het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft op grond van de WKKGZ de wettelijke taak om continue kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg te stimuleren en begrijpelijke betrouwbare informatie over de kwaliteit van zorg toegankelijk te maken. Bij het herijken worden huidige knelpunten opgelost en het instrumentarium bijgesteld zodat het Zorginstituut beter kan bijdragen aan passende zorg. Deze bijstelling (indien nodig) vindt plaats tijdens de looptijd van het AZWA en kan daarmee invloed hebben op de uitwerking van deze afspraak.

E4 We zorgen dat iedereen een eerlijke bijdrage levert

Evenwichtig en toegankelijk zorglandschap

Wat is de afspraak:
Het is van groot belang dat alle zorgaanbieders en zorgverleners een reële bijdrage leveren aan de gewenste ontwikkeling in de richting waar de zorg voor staat. Dit gezien de enorme opgave die voor ons ligt, te weten een toegankelijker zorglandschap en beheersing van de arbeidsmarktproblematiek.
Daarbij is ook belangrijk dat de hier te maken afspraken ondersteunend zijn aan het behoud van de basisinfrastructuur van met name de kleinere ziekenhuizen om de toegankelijkheid van zorg ook in de regio te garanderen. Hier ligt uiteraard een relatie met de afspraken over acute zorg.

Het is tegen bovenstaande achtergrond belangrijk dat zorgaanbieders een gelijke uitgangspositie hebben. Enkele voorbeelden: Als de ene zorgaanbieder gehouden is zorg te dragen voor de beschikbaarheid van bepaalde infrastructuur (zowel materieel als personeel) voor bijvoorbeeld acute zorg of intensieve zorg, en de andere niet, dan moet daar een adequaat verschil in vergoeding of anderszins tegenover staan. Als er verschillen zijn in de 'casemix' qua zorgzwaarte van de patiënten tussen instellingen, dan moet daar in de tarifering rekening mee worden gehouden. Ook geldt dat afspraken rond opleiden, opleidingsgelden, ANW-diensten, het uitsluitend leveren van zorg die passend is etc. zonder uitzondering moeten gelden voor alle aanbieders, tenzij afgesproken is dat dit niet nodig is. Dat laatste kan bijvoorbeeld het geval zijn omdat niet altijd alle zorgverleners nodig zijn voor ANW-diensten, maar de ANW-zorg moet wel kunnen worden bemenst.

In de verschillende sectoren zijn de vraagstukken rond een evenwichtig speelveld verschillend. Zo ligt het probleem in de wijkverpleging anders dan in de medisch-specialistische zorg en daar zijn de vraagstukken weer verschillend van de ggz.

Een belangrijk onderscheid betreft verder het verschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

Om praktische redenen valt deze afspraak uiteen in twee verschillende onderdelen. Het eerste onderdeel gaat over de verschillen in voorwaarden tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg in met name ggz en wijkverpleging. Het tweede onderdeel richt zich op verschillen in voorwaarden tussen aanbieders in de medisch specialistische zorg. Per onderdeel lichten we hieronder toe wat het probleem is, welke oplossingen zijn aangedragen en welke afspraken we maken om toe te werken naar concrete en effectieve maatregelen.

Wie gaat wat doen:
VWS komt in overleg met partijen uiterlijk Q1 2026 met een samenhangend pakket van maatregelen ter effectuering van de volgende doelen: 1) bevorderen van gecontracteerde zorg, 2) grip op vestiging van niet-gecontracteerde zorg, 3) ontmoedigen van niet-gecontracteerde zorg waar dat nodig is voor de beweging uit het IZA en AZWA[47], 4) het creëren van een gelijk speelveld tussen msz aanbieders op het gebied van planbare zorg.

Dit pakket bestaat in beginsel uit de in dit fiche beschreven maatregelen. Wanneer die onverhoopt onvoldoende doelbereik realiseren zal VWS in overleg met partijen aanvullende maatregelen formuleren om de doelen te bereiken.

VWS zal voor beide onderdelen samen met de betrokken partijen via een quick scan de problemen kwalitatief en kwantitatief duiden. Tegelijk worden de hieronder genoemde oplossingen tegen het licht gehouden.

Partijen spreken af in ieder geval de oplossingen door te voeren die in de besprekingen in het bestuurlijk overleg naar voren zijn gekomen en in onderstaande worden benoemd. Dit tenzij bij de uitwerking zou blijken dat de nadelen groter zijn dan de voordelen of dat blijkt dat de beoogde doelen onvoldoende kunnen worden bereikt. Die uitwerking zal op objectieve transparante wijze plaatsvinden en waar nodig zal de NZa worden betrokken, daar waar relevant zal de NZa om een uitvoeringstoets worden gevraagd. Het besluit welke oplossingen gezien de uitwerking doorgevoerd kunnen worden, zal door VWS worden genomen gehoord de betrokken veldpartijen en in overleg met de NZa.

Bij de uitwerking worden de afzonderlijke maatregelen getoetst op
- bijdrage aan toegankelijkheid, betaalbaarheid en arbeidsmarktproblematiek van zorg;
- effectiviteit en proportionaliteit om het probleem op te lossen;
- de juridische haalbaarheid;
- administratieve lasten.

Ook wordt een toets gedaan op de effecten van het geheel aan voorgestelde maatregelen, omdat de geselecteerde maatregelen uiteindelijk in samenhang moeten worden bezien. De maatregelen kunnen de vorm krijgen van bindende afspraken en/of (aanpassing van) regelgeving door de overheid.

Onderdeel 1: Eerlijke bijdrage van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders, met bijzondere aandacht voor de ggz en wijkverpleging:

Probleem:
- Er zijn niet-gecontracteerde zorgaanbieders die zich in onevenredige mate richten op de patiënten met een relatief lichte zorgvraag, onvoldoende meedoen aan regionale samenwerkingsafspraken, zich onttrekken aan ANW-diensten of relatief veel niet-passende of ondoelmatige zorg leveren. Bijvoorbeeld: niet-gecontracteerde zorgaanbieders die zich onttrekken aan de IZA/AZWA-afspraken, waaronder afspraken over blended/hybride en in groepen behandelen in de ggz. Dit brengt het risico met zich mee van personeelsverloop van de gecontracteerde naar de niet-gecontracteerde zorg. Het maakt werken in de niet-gecontracteerde setting aantrekkelijker.
- Zorgverzekeraars die onvoldoende instrumenten hebben om hier goed op te kunnen sturen.

Te toetsen oplossingen:
- Het (her-)introduceren van een vergunningplicht die strengere eisen stelt met betrekking tot onder andere regionale samenwerking, de invulling van ANW-diensten, crisisdiensten en het aanleveren van informatie over wachtlijsten en de kwaliteit van zorg, en handhaving);
- Het inzetten van artikel 12 van de Zvw, dat houdt in via een AMvB aanwijzen van vormen van zorg waar een overeenkomst voor nodig is om de zorg te mogen leveren;
- Het reguleren van de prestaties waarbij rekening gehouden zou moeten worden met de verschillende bijdrage aan de opgave, verschillen in de zorgzwaarte en verschillende gemiddelde kosten tussen de verschillende typen zorgaanbieders (tariefdifferentiatie daar waar er sprake is van gereguleerde tarieven);
- Het inzetten van een coulanceverbod en het verbieden van reclame-uitingen daarover. Bij coulance gaat het om het kwijtschelden of overnemen van zorgkosten die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed;
- Het inzetten op wettelijke mogelijkheden voor zorgverzekeraars om controles te doen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Het breder inzetten van machtigingen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Naast de genoemde maatregelen, zal VWS onderzoeken welke wettelijke ruimte er is of kan worden gecreëerd om de vergoeding te verlagen algemeen, en voor die aanbieders van niet-gecontracteerde zorg die zich ten onrechte onttrekken aan redelijke voorwaarden voor het leveren van zorg zoals die ook voor gecontracteerde aanbieders gelden.

Onderdeel 2: Eerlijk speelveld in de medisch-specialistische zorg:
VWS zal samen met de NZa, ZN, NVZ, NFU, ZKN, FMS, V&VN en Patiëntenfederatie kwalitatief en kwantitatief de relevante onderdelen van het speelveld binnen de medisch-specialistische zorg in kaart brengen. Daarbij wordt naar de volle breedte van de medisch-specialistische zorg gekeken. Daarbij kent het onderzoek gezien de looptijd tot einde van het eerste kwartaal van 2026 wel zijn beperkingen.

[47] Zie ook afspraak 4f uit onderdeel J Contractering van het IZA

Speciale aandacht zal worden besteed aan de verschillen op het speelveld tussen de verschillende soorten (grotere en kleinere) ziekenhuizen, de zelfstandige behandelcentra van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Hieraan zullen deze partijen medewerking verlenen en in onderlinge afstemming, zonder terughoudendheid inzicht in de benodigde cijfers geven. Benadrukt zij dat zowel de 'reguliere' ziekenhuizen als zelfstandige behandel centra nodig zijn om de zorg toegankelijk, betaalbaar en innovatief te houden. Daarbij is contractering en in sommige gevallen ook regulering nodig om de benodigde infrastructuur overeind te houden en oneerlijke concurrentie te voorkomen.

Probleem:
- Verschillen in casemix qua zorgzwaarte van patiënten tussen sommige ziekenhuizen en sommige zelfstandige behandelcentra worden onvoldoende weerspiegeld in tariefstelling;
- Verschillen in de infrastructuur die beschikbaar gehouden moet worden voor acute zorg en intensieve zorg wordt onvoldoende weerspiegeld in de tarifering tussen sommige (locaties van) ziekenhuizen en tussen sommige ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra.
- Verschillen in de mate waarin ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra participeren in ANW diensten en opleidingen van zorgpersoneel.

Te toetsen oplossingen:
- Het differentiëren van de prestaties (betaaltitels) in de bekostiging van de medisch-specialistische zorg zodat in de contractering tarieven overeengekomen kunnen worden die beter aansluiten bij de verschillen in geleverde zorg en organisatie tussen de verschillende typen zorgaanbieders.
- Uiteraard laat dat onverlet dat sommige van de oplossingen zoals genoemd onder onderdeel 1 ook hier van toepassing kunnen zijn.

Relatie met overige afspraken
Voor zowel onderdeel 1 als onderdeel 2 geldt dat de gesignaleerde problemen en gesuggereerde oplossingen onderdeel zijn van een breder vraagstuk over een evenwichtig en toegankelijk zorglandschap. In dit akkoord zijn ook andere afspraken gemaakt die bijdragen aan een evenwichtig en toegankelijker zorglandschap, zoals:
- B3: Versterken van de lerende omgeving: opleiden en ontwikkelen als vanzelfsprekendheid;
- C1: We zorgen dat mensen met urgente problemen sneller zorg ontvangen;
- C3: Transparantie: actieve zorgbemiddeling mogelijk maken en inzicht in wachtlijsten verbeteren;
- C6: Verbeteren toegankelijkheid van de ggz
- D1: Medisch specialistische zorginstellingen gaan samenwerken in netwerken en zij verbinden hun aanbod via de regioplannen aan de zorgvraag;
- D2: De versterking van de eerstelijnszorg wordt structureel geborgd;
- D7: We zorgen voor voldoende participatie voor de invulling van avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten.

Wat is het tijdpad:
Uiterlijk in Q1 van 2026 worden de uitkomsten van de quick scans op onderdeel 1 en 2 opgeleverd aan het BO IZA/AZWA met het oog op de besluitvorming over de te nemen concrete en effectieve maatregelen.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting toeneemt door deze afspraak. Onduidelijk wat de maatregelen precies zullen zijn, maar met de huidige denkrichting is regeldruk te verwachten.

E5 We verbeteren toegang tot bestaande geneesmiddelen voor patiënten

Betere beschikbaarheid van geneesmiddelen

Wat is de afspraak:
We zorgen voor betere toegang tot bestaande geneesmiddelen voor patiënten en goede zorg bij tekorten, door met de partijen uit de farmaceutische zorg structurele afspraken te maken. Denk bijvoorbeeld aan verbeteringen in de inkoop van geneesmiddelen, betere informatie en begeleiding voor patiënten bij tekorten, het zoveel als mogelijk voorkomen van extra kosten voor patiënten bij tekorten en het verminderen van administratieve lasten en kosten voor zorgaanbieders.

De afspraak is gericht op het beschikbaar maken en houden van bestaande geneesmiddelen. Dit is essentieel voor de toegankelijkheid van alle zorg waar geneesmiddelen onderdeel van uitmaken. Daarnaast heeft de afspraak een positieve impact op de arbeidscapaciteit van zorgverleners die nu ondanks de tekorten van geneesmiddelen toch goede patiëntenzorg blijven leveren. De afspraak draagt op verschillende vlakken bij aan het vrijspelen van zorgpersoneel voor zorgtaken, onder andere door het terugdringen van administratieve lasten, door duidelijker informatie voor zorgverleners en patiënten en uiteraard ook doordat een betere beschikbaarheid van geneesmiddelen minder regelwerk en minder vervangende, vaak zwaardere, zorg betekent.

Wie gaat wat doen:
De AZWA-partijen en de partijen uit het BO Extramurale Farmacie (Patiëntenfederatie, NHG, KNMP, ASKA, NApCo, Optima Farma, FMS/NVZA, VIG, Bogin, GLN, BG Pharma, LHV, VWS, NVZ, NFU en ZN) zorgen voor betere toegang tot bestaande geneesmiddelen voor patiënten en goede zorg bij tekorten door gezamenlijk gedragen bestuurlijke afspraken gericht op betere beschikbaarheid van geneesmiddelen te maken. Dit vindt plaats binnen de bestaande overlegstructuur BO EF waar de afspraken inhoudelijk worden geconcretiseerd. Genoemde partijen committeren zich aan de afspraken die in dit verband gemaakt worden en nemen ieder hun verantwoordelijkheid om de gemaakte afspraken na te komen. Zij zijn hierop aanspreekbaar.

De afspraken gaan in ieder geval over de onderstaande punten:
1. Koepels van apothekers, zorgverzekeraars, voorschrijvers, patiënten en het ministerie van VWS maken afspraken t.b.v. **duidelijke informatie voor patiënten** over de gevolgen van een tekort.
2. We **dringen administratieve lasten terug** voor voorschrijvers en apothekers die het gevolg zijn van tekorten, bijvoorbeeld door afspraken tussen koepels van zorgverleners onderling of van zorgverzekeraars. Zo maken we meer tijd vrij voor patiëntenzorg. Dit is in lijn met de bestaande werkagenda van de Regiegroep Aanpak Regeldruk en in aansluiting met de AZWA afspraak A1 "We ontlasten medewerkers door doorbraakprojecten die regeldruk verminderen op te schalen".
3. Koepels van apothekers, voorschrijvers, patiënten, ziekenhuizen en het ministerie van VWS hebben het voornemen om te komen tot afspraken over de **juridische verankering van afspraken over farmacotherapeutische substitutie door de apotheker** van geneesmiddelen bij tekorten.
4. De koepels van apothekers, ziekenhuizen, zorgverzekeraars, groothandels, leveranciers en het ministerie van VWS **stellen in 2025 een inkoopleidraad beschikbaarheid geneesmiddelen** op. Het doel van de leidraad is om ongewenste effecten in de keten op de beschikbaarheid van geneesmiddelen te voorkomen.
5. De koepels van zorgverleners, ziekenhuizen, zorgverzekeraars, patiënten, groothandels, leveranciers en het ministerie van VWS maken afspraken over een **goed afgestemde en snelle reactie op (dreigende) tekorten**. Voor het slagen van deze afspraken zijn sub-afspraak a) en b) een randvoorwaarde, deze worden daarom met voorrang opgepakt. De afspraken gaan over:
   a) het **opstellen van uniforme definities**, bijvoorbeeld over wanneer een geneesmiddel als niet beschikbaar wordt beschouwd,
   b) het versnellen en verbeteren van **data-uitwisseling**,
   c) het **verminderen van risico's bij het melden van (dreigende) tekorten en bij het uitwisselen van data hieromtrent** voor leveranciers en andere partijen in de keten,

d) **snelle aanpassing van de vergoeding** door zorgverzekeraars bij een tekort én frequente update van de informatie hierover in informatiesystemen zoals de G-standaard,
e) een praktische en eenduidige **taak- en rolverdeling** tussen de spelers in de keten, van leverancier tot en met de apotheek.
f) Bij al deze onderwerpen houden we rekening met bestaande trajecten die al lopen.

6. De koepels van apothekers, apotheekhoudende huisartsen, zorgverzekeraars, groothandels en leveranciers maken uniforme afspraken over **de uitverkooptermijn** van producten bij wisseling van preferent product en eventueel in nader te bepalen andere situaties. We maken ook afspraken over gelijkgericht handelen tijdens de verlengde uitverkooptermijn. Hiermee verminderen we het risico op tekorten door uitverkoop of door opstartproblemen.

Wat is het tijdspad:
De partijen leggen in Q2 2025 een bestuurlijk gedragen set afspraken vast (‘de penlijst’). De afspraken worden verder geconcretiseerd tot een Werkagenda, die wordt vastgesteld in Q4 van 2025.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
Uit de kwalitatieve inschatting van de regeldrukeffecten van deze afspraak blijkt dat de regeldruk naar verwachting afneemt door deze afspraak. De afspraak raakt aan de regeldruk in de apotheekzorg, msz, ggz, wijkverpleging en huisartsenzorg.

Toelichting:
Patiënten en zorgprofessionals hebben er de laatste jaren steeds meer mee te maken dat het medicijn dat zij nodig hebben er niet is. Dit zorgt voor allerlei problemen voor patiënten, soms zelfs levensbedreigend. Zorgprofessionals zoals artsen en apothekers zijn op hun beurt veel tijd kwijt aan het zoeken naar geschikte alternatieven en met het begeleiden van hun patiënten. Er is niet één oorzaak voor de tekorten en daarom is er ook niet één oplossing. Oorzaken en oplossingen zijn ook complex. De partijen uit de farmaceutische zorg maken structurele afspraken om de beschikbaarheid te verbeteren en tekorten aan te pakken. Zo wordt de zorg voor patiënten beter en toegankelijker en verlagen we de belasting van professionals doordat zij minder tijd kwijt zijn aan het oplossen van de gevolgen van geneesmiddelentekorten.

E6 We maken afspraken om fraude in de zorg te voorkomen, opsporen, stoppen en bestraffen

Zorgfraude: voorkomen, opsporen, stoppen en bestraffen

Dit jaar gaat er zo’n 109 miljard euro om in de zorg. Hoewel verreweg het grootste deel van de zorgaanbieders en zorgverleners met de beste intenties goed werk verrichten, trekt een sector waar veel geld in omgaat ook mensen met kwalijke bedoelingen aan. Het is nog te gemakkelijk om met slechte intenties een zorgbedrijf te starten of frauderende praktijken voort te zetten. Wat het extra zorgelijk maakt is dat jeugdigen, cliënten en patiënten de dupe worden van zorgfraude en georganiseerde criminaliteit. Zij krijgen minder, verkeerde of geen zorg die zij wel nodig hebben. Fraude en zorgverwaarlozing zijn nauw met elkaar verbonden. Zorgfraude en criminaliteit in de zorg raakt ook de veiligheid van de medewerkers in de verschillende zorgdomeinen.

Fraude in de zorg is een probleem van ons allemaal. Alle partijen steunen de ambitie dat de zorgfraude steviger aangepakt moet worden en dat eenieder een verantwoordelijkheid heeft en een bijdrage kan leveren om fraude te voorkomen en te stoppen. Dat vraagt van iedereen: van patiënt en cliënt tot goedwillende collega zorgaanbieder, van inkoper van zorg tot toeleverancier, van de overheid en van alle betrokkenen, onder andere dat we alert zijn op ongebruikelijke praktijken, vermoedens van misstanden melden en het vermogen van de sector om zich tegen ondermijnende activiteiten te weren, vergroten. En dat we malafide/ criminele zorgverleners zoveel mogelijk aan de voorkant weren.

Een doeltreffende aanpak van zorgfraude vraagt naast algemene maatregelen om een risicogestuurde, (sector)gerichte benadering. Dit om de goedwillende zorg- en hulpverleners niet te laten lijden onder de kwaadwillenden. Iedereen realiseert zich dat maatregelen gericht op het aanpakken van fraude en meer toezicht op gespannen voet staat met de ambitie om de administratieve lasten in de zorg te beperken.

Daarom moet er bij alle relevante maatregelen goed gekeken worden naar de proportionaliteit en impact ook op de kleinere zorgaanbieders. Tegelijkertijd geeft het stellen van meer eisen aan de toetreding van zorgaanbieders de mogelijkheid om na toetreding een verlichting aan te brengen in het toezicht en de verantwoordingseisen. Als het beter lukt aan de voorkant kaf en koren van elkaar te scheiden, dan kunnen we meer ruimte geven aan het koren.

Er zijn al diverse maatregelen in gang gezet om misbruik van zorggeld tegen te gaan. Zo ligt het wetsvoorstel Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders momenteel bij de Tweede Kamer. Dit voorstel introduceert nieuwe voorwaarden voor winstuitkeringen door zorg- en jeugdhulpaanbieders die winst mogen uitkeren. Deze voorwaarden zullen ook van toepassing zijn op onderaannemers die winst willen uitkeren.

Wat is de afspraak:
- Het kunnen aanpakken van fraude is natuurlijk in de allereerste plaats afhankelijk van het kenbaar zijn daarvan. Daarom krijgen de regiotafels die er in het kader van het IZA/AZWA zijn ook een signalerende en agenderende functie. In de regio zijn vermoedens over mogelijke misstanden en zorgen over kwetsbaarheden het beste bekend. Door dit als onderwerp te agenderen op de regiotafels worden partijen zoals verzekeraars en gemeenten die deelnemen in het Informatieknooppunt zorgfraude (IKZ) in staat gesteld om deze vermoedens te delen met bijvoorbeeld het IKZ.
- Branche- en beroepspartijen in de zorg hebben een belangrijke rol in het bevorderen van een betrouwbare en transparante zorgsector. Ze kunnen bijdragen aan het vergroten van het bewustzijn en de weerbaarheid tegen frauduleuze en ondermijnende praktijken door het informeren van hun leden. De verantwoordelijkheid voor toezicht en handhaving ligt bij andere partijen dan branche- en beroepsorganisaties, maar branche- en beroepsorganisaties kunnen wel een ondersteunende rol spelen door samenwerking en kennisdeling te bevorderen en de sector actief te ondersteunen in het herkennen en tegengaan van misstanden. Branche- beroepsorganisaties hebben een rol in het vergroten van de alertheid en weerbaarheid van de sector door o.a. het actief informeren van leden o.b.v. signalen van de toezichthouders en het ontwikkelen van initiatieven.
- Er wordt verkend of een beroepenregister een rol kan spelen bij het tegengaan van fraude rondom diploma’s en certificaten. V&VN en Brancheorganisaties Zorg (BoZ) onderzoeken samen in hoeverre een dergelijk register hierin mogelijk van betekenis kan zijn, welke aandachtspunten daarbij komen kijken en onder welke voorwaarden dit eventueel vorm zou kunnen krijgen. De uitkomsten van deze verkenning worden meegenomen in het verdere uitwerken van het plan van aanpak.
- Zorgaanbieders dragen bij aan het voorkomen van fraude door strikt te toetsen op de juiste kwalificaties van nieuwe medewerkers en bij de inzet van onderaannemers.
- We willen **voorkomen** dat mensen met kwalijke bedoelingen een zorgbedrijf (her)starten. VWS zal onder andere na overleg met de TIZ-partijen en het CIBG bezien of en op welke punten de huidige vergunning- en meldingsplicht verbreed en verdiept kan en moet worden. Het uitgangspunt hierbij is dat eerst gekeken wordt of het huidige (wettelijke) instrumentarium volstaat en daar waar nieuwe wetgeving noodzakelijk is dat dit op een risicogerichte, proportionele wijze plaatsvindt. De mogelijke verbreding heeft betrekking op de uitbreiding naar onderaannemers en naar het domein van de jeugdzorg. In het verlengde hiervan zal verkend worden of een vergunningplicht in het Wmo-domein opportuun is. De verdieping gaat over het stellen van aanvullende voorwaarden bij de vergunningverlening. Daarbij kan ook worden gedacht aan het verplicht stellen van een VOG voor bestuurders al dan niet binnen specifieke risicogroepen. Daarbij hoort verder het gerichter en vaker inzetten van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Wet Bibob).
- De toetsing van het al dan niet voldoen aan de eisen bij een vergunningaanvraag of een melding zal worden verscherpt in overleg met onder meer het CIBG, de IGJ en de NZa. Ook zal worden onderzocht of er een verplichting moet komen om bestuurswisselingen te melden. Tevens wordt bezien of de huidige regelgeving rond het intrekken van een vergunning en het kunnen openbaar maken van zo’n intrekking volstaat of dat aanvullende regelgeving nodig is.
- Op basis van risicoanalyses worden beoogde nieuwe en herstartende zorgaanbieders intensiever getoetst/gecontroleerd door betrokken partijen. Hierbij werkt eenieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid samen. Het gaat daarbij in ieder geval om de IGJ, NZa, CIBG, zorginkopende partijen en de Kamer van Koophandel. De toezichthouders zullen hun krachten op het gebied van fraudebestrijding verder bundelen en waar nodig de verdeling van taken en bevoegdheden verder verhelderen.
- Met de inwerkingtreding van de Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz) is de grondslag ontstaan voor een Waarschuwingsregister zorgfraude. De VNG, ZN en VWS maken nadere

afspraken over de implementatie waaronder afspraken over het beheer, de financiering en governance. Na de totstandkoming en in beheername bewerkstelligen VNG en ZN het gebruik van het register door respectievelijk gemeenten en zorgverzekeraars.

- De Stichting IKZ is per 1 januari 2025 operationeel en gegevensdeling zit in de opstartfase. Uiterlijk 1 januari 2026 melden alle deelnemende partijen (waaronder zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) signalen van fraude in de zorg aan de stichting IKZ conform de vereisten van de Wbsrz.
- Het toezicht binnen de Jeugdhulp en Wmo2015 zal verder worden verstevigd en geprofessionaliseerd. Dat krijgt onder andere zijn beslag met een stimuleringsprogramma. In het stimuleringsprogramma zal onder andere aandacht zijn voor landelijke contractstandaarden, het opleiden van toezichthouders, handhaving en de wijze waarop gemeenten de juiste afwegingen kunnen maken bij het inrichten van het toezicht op de Wmo. Ook wordt ingezet op het doorontwikkelen van de expertisefunctie van de VNG ten behoeve van alle gemeenten. De inhoudelijke randvoorwaarden voor het Wmo en Jeugdhulptoezicht moeten op orde zijn. VWS doet samen met de VNG daar onderzoek naar. Daarbij is expliciete aandacht voor de vergunningplicht en het maximaliseren van winst.
- De toezichthouders en opsporingsinstanties zullen in staat worden gesteld door uitbreiding van de capaciteit om het aantal zaken van zorgfraude dat zij bestuursrechtelijk en strafrechtelijk kunnen oppakken te vergroten. VWS zal wetgeving ter hand nemen om de bestuursrechtelijke handhaving op spooknota's door de NZa mogelijk te maken.
- De toezichthouders en zorgverzekeraars zullen samen met VWS, in overleg met de Regiegroep Aanpak Regeldruk, een plan opstellen hoe op basis van meer vertrouwen de controle en verantwoordingseisen kunnen worden verlicht en wat nodig is om dit ten uitvoer te brengen.
- VWS zal in overleg met de NZa en zorgverzekeraars verkennen of en hoe de declaratievoorschriften kunnen worden aangepast, zodat het vermelden van de AGB-code en naam van een onderaannemer verplicht wordt op declaraties.
- Overige maatregelen rondom de ongecontracteerde zorg die ook bijdragen aan de aanpak van zorgfraude, staan vermeld in E4.
- Tot slot: zoals recent ook nog eens is bevestigd in de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) kan de ketensamenwerking tussen de verschillende partijen betrokken bij de aanpak van fraude in de zorg worden versterkt. Partijen spreken af dit ook daadwerkelijk te gaan doen, de voortgang daarvan te agenderen in het bestuurlijk overleg TIZ en elkaar er ook op aan te spreken.

Wie gaat wat doen:
Bovenstaande acties krijgen onder meer een plek in een plan van aanpak dat in het BOTIZ zal worden voorbereid. Dit plan van aanpak moet eind 2025 gereed zijn inclusief duidelijkheid over op welke van de twee overlegtafels, BO IZA/AZWA en BO TIZ, de monitoring van de afspraken efficiënt plaatsvindt.

Wat is het tijdpad:
Eind 2025 zijn bovenstaande afspraken in concrete plannen van aanpak uitgewerkt en gereed.
De uitvoering van een aantal afspraken hoeft daar overigens niet op te wachten.

Wat zijn de regeldrukeffecten:
De regeldrukeffecten zijn afhankelijk van eventuele extra (wettelijke) maatregelen. Het uitgangspunt is de eventuele regeldruk proportioneel en zo beperkt mogelijk te houden.

AZWA



4 Financiën

4 Financiën

1. Algemene uitgangspunten

a. De budgettaire afspraken in deze financiële paragraaf zijn leidend. De bij deze paragraaf behorende bijlage geeft een volledig beeld van de budgettaire effecten van het AZWA, exclusief eventuele toekomstige mutaties zoals vastgelegd in onderdelen 5b, 7, 8 en 10.
b. Het totale beschikbare kader voor de IZA-sectoren medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging, huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in de VWS begroting 2025 is € 47,1 miljard in 2025, inclusief loon- en prijsbijstelling 2025.
c. De beschikbare jaarlijkse ruimte voor volumegroei in de IZA-sectoren is voor wat betreft 2026 vastgelegd in het IZA en reeds verwerkt in de VWS-begroting 2025.
d. In het Hoofdlijnenakkoord is vastgelegd dat de groeipercentages in 2026 in de IZA-sectoren worden doorgetrokken in 2027 en 2028. Hiermee wordt tevens invulling gegeven aan de oploop van een aantal ZVW-taakstellingen. Dit betekent dat er voor de betreffende sectoren per saldo ruimte voor volumegroei beschikbaar is van € 377 miljoen in 2027 oplopend naar € 762 miljoen in 2028.
e. Bij het beschikbare kader en groeiruimte zoals genoemd in de onderdelen b t/m d is reeds rekening gehouden met de volgende maatregelen:
   i. In de budgettaire bijlage van het Hoofdlijnenakkoord is aan het verlengen van het zorgakkoord een extra besparing gekoppeld van € 250 miljoen in 2027 en € 590 miljoen in 2028.
   ii. Daarnaast zijn in de budgettaire bijlage van het Hoofdlijnenakkoord twee maatregelen met betrekking tot de wijkverpleging opgenomen: besparingen[48] van € 85 miljoen in 2027 en 2028 als gevolg van de ‘Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging’ en besparingen van € 35 miljoen in 2027 en € 85 miljoen in 2028 in het kader via ‘implementatie en opschaling van bestaande digitale zorgtoepassingen in de wijkverpleging’. Deze twee maatregelen zijn geen onderdeel van de afspraken in het AZWA, maar hebben wel gevolgen voor de financiële kaders.
f. De financiële afspraken van het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord lopen tot en met 2028. Dit sluit aan bij de periode waarvoor de sectorale groeipercentages zijn vastgelegd in het Hoofdlijnenakkoord van het kabinet. Echter, de beweging die we hebben ingezet met het IZA, en die wordt versterkt door het AZWA, is er een van lange adem. Het is voor partijen daarom van belang om een perspectief te hebben op de ontwikkeling van de financiën in de periode na 2028. Dat perspectief wordt uitgebreider beschreven in de paragraaf ‘perspectief voor de toekomst’.
g. De in het IZA gemaakte (sectorspecifieke) afspraken blijven gelden gedurende de looptijd van de IZA-afspraken (2023-2026).
h. De IZA-afspraak (onderdeel J, paragraaf 5 van het IZA) over de doorvertaling van de OVA in de prijzen en contracten blijft ook gedurende de looptijd van het AZWA-gelden.

2. Aanpassing startniveau kaders

Het startniveau van de macrokaders per sector wordt bijgesteld op basis van actuele inzichten over het gerealiseerde uitgavenniveau in recente jaren. Dit leidt tot de volgende structurele bijstellingen ten opzichte van de stand VWS-begroting 2025.

a. MSZ: het kader wordt structureel neerwaarts bijgesteld met € 75 miljoen.
b. GGZ: het kader wordt vanaf 2027 structureel opwaarts bijgesteld met € 202 miljoen. De opwaartse bijstelling voor het jaar 2026 is reeds verwerkt in de begroting 2025.
c. Wijkverpleging: het kader wordt neerwaarts bijgesteld met € 312 miljoen in 2026, € 537 miljoen in 2027, € 534 miljoen in 2028 en structureel € 554 miljoen vanaf 2029 ten opzichte van de stand begroting 2025.
d. Huisartsenzorg: het kader wordt niet bijgesteld.
e. MDZ: het kader wordt vanaf 2027 structureel opwaarts bijgesteld met € 7 miljoen. De opwaartse bijstelling voor het jaar 2026 is reeds verwerkt in de begroting 2025.

[48] In de jaren 2027 t/m 2030 is ten behoeve van de invoering van deze maatregel sprake van tijdelijke transitiemiddelen (jaarlijks € 17,7 miljoen), waardoor de bruto besparing op het kader wijkverpleging in die jaren € 17,7 miljoen hoger is.

3. Beschikbare volumegroei

a. De afgesproken gemiddelde beschikbare volumegroei (exclusief remgelden als gevolg van verlaging eigen risico, zie onderdeel 4 van deze paragraaf) is per sector als volgt:

	2026	2027	2028
msz	0,0%	0,0%	0,0%
ggz	0,4%	0,4%	0,4%
Wijkverpleging	3,5%	3,5%	3,5%
Huisartsenzorg	3,5%	3,5%	3,5%
mdz	5,0%	5,0%	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.

b. Voor de sector eerstelijnsverblijf/geriatrische revalidatiezorg/ geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen zijn geen groeipercentages afgesproken, maar bevestigen partijen dat het wenselijk is dat ook in deze sector een ruime groei mogelijk blijft. De groeiruimte voor deze sector wordt jaarlijks door VWS bepaald (voor 2026 gaat het om circa 3%).

4. Remgelden verlagen eigen risico

a. In het Hoofdlijnenakkoord is vastgelegd dat het verplicht eigen risico met ingang van 2027 wordt verlaagd naar € 165. Voor de verwachte stijging van de zorguitgaven als gevolg van de daardoor toenemende zorgvraag zijn voor de Zvw middelen beschikbaar gesteld (hierna: remgelden).
b. Om de toenemende zorgvraag op te vangen worden structureel middelen toegevoegd aan de sectorale kaders op basis van onderstaande verdeling[49]. De inzet van deze middelen wordt in lijn gedaan met de doelen van het AZWA (afwenden arbeidsmarkttekort en toegankelijkere zorg).

Bedragen x € 1 miljoen	2027	2028
msz	676	763
ggz	123	139
Wijkverpleging	39	44
Huisartsenzorg	99	112
mdz	91	94
Totaal	**1.028**	**1.151**

Voor het kader mdz is bij deze verdeling rekening gehouden met de doorbraakafspraken in dit akkoord. Voor de RESV’s is maximaal € 70 miljoen binnen het mdz kader beschikbaar. De partijen monitoren de uitgaven hiervan. Bij overschrijdingen van deze € 70 miljoen worden maatregelen genomen om de overschrijdingen terug te dringen.

c. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken in de contractering afspraken over de inzet van deze middelen in samenhang met de afspraken in dit akkoord. Voor de meeste afspraken in het AZWA geldt dat de uitvoering loopt via de zorgverzekeraars en daarmee middels de reguliere contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden contractuele afspraken gemaakt in lijn met de gemaakte AZWA-afspraken. De financiële stromen lopen daarmee via de reguliere prestaties en tarieven, zoals deze door de NZa zijn vastgesteld. Voor een aantal specifieke afspraken, zoals de afspraken over de doorbraakmiddelen, loopt de declaratie via een afzonderlijke prestatie, zodat gemonitord kan worden hoeveel middelen er uitgegeven worden. Voor de meeste afspraken is dit niet van toepassing omdat deze onderdeel zijn van de reguliere contractafspraken.

[49] Met het toevoegen van het remgeld verandert de effectieve groei van de kaders. Bijvoorbeeld voor de msz is de per saldo effectieve groei van het beschikbare kader 1,7% in 2027 en 0,3% in 2028.

5. Beschikbare kaders

a. De beschikbare macrokaders per sector, exclusief indexatie voor loon- en prijsontwikkeling in de betreffende jaren, zijn op basis van bovenstaande afspraken als volgt:

Bedragen x € 1 miljoen, prijspeil 2025	2026	2027	2028
msz	31.898	32.427	32.514
ggz	5.857	5.935	5.974
Wijkverpleging	3.792	3.849	3.934
Huisartsenzorg	4.839	5.086	5.273
mdz	1.038	1.176	1.233

b. Deze beschikbare kaders zijn exclusief eventuele toekomstige technische mutaties. De komende jaren kan er bijvoorbeeld sprake zijn van mutaties als gevolg van wijzigingen in aanspraken en bekostiging die niet voortkomen uit en niet van invloed zijn op de afspraken uit het AZWA, maar wel kunnen leiden tot aanpassing van de meerjarenreeks.
c. In de bij deze paragraaf bijhorende bijlage van deze bestuurlijke afspraken is de opbouw van het kader per sector opgenomen.

6. Macrobeheersing en omgang met overschrijdingen

Algemeen

a. De afgesproken financiële kaders voor individuele sectoren zijn leidend. 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 oorzaken van de overschrijding.
b. Als op basis van de actualisatiecijfers blijkt dat er sprake is van een overschrijding van de kaders van de sectoren msz, ggz, wijkverpleging, huisartsenzorg en mdz gelden de normale begrotingsregels. Deze regels impliceren dat als deze situatie van overschrijding zich voordoet er in eerste instantie gekeken wordt naar de aard en oorsprong van de overschrijding en er een oplossing wordt gevonden binnen de geldende begrotingsregels.
c. Bij een eventuele overschrijding in een sector kan worden bezien of aannemelijk is dat de overschrijding samenhangt met een onderschrijding in andere sectoren. Indien dat het geval is, kan dit aanleiding zijn voor VWS om geen maatregelen te nemen.
d. Partijen nemen in overleg maatregelen die voorkomen dat overschrijdingen doorwerken in latere jaren.
e. VWS kan op basis van haar wettelijke taken en instrumenten eenzijdig maatregelen nemen om een overschrijding in een sector te redresseren, waaronder via inzet van het macrobeheersinstrument. Hierbij kan VWS meewegen welke maatregelen andere partijen nemen.

Specifiek

f. Voor de overschrijdingen van de kaders ggz, huisartsenzorg en mdz in de periode t/m 2024 wordt het macrobeheersinstrument niet ingezet.
g. Het macrobeheersinstrument wordt in 2025 en 2026 niet ingezet voor de sectoren wijkverpleging en msz in geval van eventuele overschrijdingen in die jaren, zolang de uitgaven binnen het in IZA afgesproken kader blijven. Voor 2027 en 2028 gelden voor deze sectoren de kaders zoals opgenomen in onderdeel 5 van deze financiële paragraaf.

7. Actualiseren sectorale kaders

a. De financiële kaders van de afzonderlijke sectoren worden verwerkt in de VWS-begroting 2026.
b. VWS zal de budgettaire kaders van de afzonderlijke sectoren conform de reguliere begrotingssystematiek ingeval van onderschrijdingen meerjarig bijstellen op basis van de (verwachte) realisatiecijfers. In beginsel gebeurt dit jaarlijks bij de voorjaarsbesluitvorming op basis van de van het Zorginstituut te ontvangen Q4 cijfers van jaar t-1. Hierbij vindt een technische sectorale weging plaats. Ingeval van overschrijdingen blijven de afgesproken financiële kaders van kracht.
c. Deze ramingsbijstellingen in de VWS-begroting laten onverlet de inzet op de inhoudelijke afspraken in dit akkoord. Voor de sectoren blijven de in dit akkoord afgesproken financiële kaders daarom het maximum van de toegestane uitgaven.

8. Aanvullende financiële afspraken

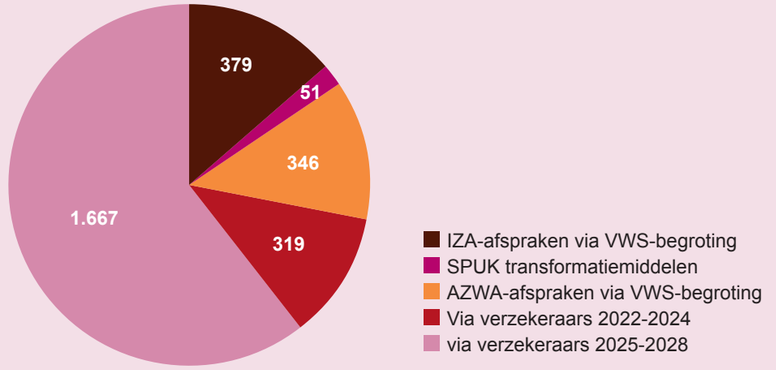
In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de aanvullende financiële afspraken. In de bij deze paragraaf behorende bijlage zijn overzichten opgenomen van de individuele maatregelen en beschikbare bedragen per jaar.

a. Transformatiemiddelen

De periode waarin de transformatiemiddelen beschikbaar zijn, wordt verlengd t/m het jaar 2028. De bestaande ‘use it or lose it’ afspraak blijft gehanteerd: als transformatiemiddelen in enig jaar niet worden gebruikt, dan vervallen die middelen en zijn daarmee niet meer beschikbaar voor daaropvolgende jaren. De afspraken over het oormerken van de transformatiemiddelen naar sectoren blijven gedurende de looptijd van het IZA (t/m 2026) van toepassing, maar worden niet verlengd.

Een deel van de afspraken uit het AZWA wordt gefinancierd vanuit de bestaande transformatiemiddelen. Onderstaande figuur geeft de verdeling van de transformatiemiddelen weer.

Verdeling € 2,8 mrd transformatiemiddelen
(bedragen x € 1 mln)



b. Doorbraakmiddelen

Conform de inhoudelijke afspraken in dit akkoord wordt een deel van de remgelden in 2027 en 2028 als doorbraakmiddelen beschikbaar gesteld voor impactvolle transformaties, aanvullend op de bestaande transformatiemiddelen uit het IZA. Voor de jaren 2027 en 2028 is hiervoor € 400 miljoen per jaar beschikbaar.

Toelichting werkwijze doorbraakmiddelen

Zorgverzekeraars zijn voor de doorbraakmiddelen niet risicodragend. De precieze governance wordt nog uitgewerkt en vastgesteld in een toekomstig BO IZA/AZWA. Hierbij wordt in ieder geval bezien welke spelregels er moeten gelden (anders dan ‘wie het eerst komt, die het eerst maalt’), zodat de meeste impact op de transitiedoelen wordt gerealiseerd. Op de bestaande governance vinden in ieder geval de volgende wijzigingen plaats:

- Lat impact omhoog: De lat wanneer een doorbraak daadwerkelijk impactvol is wordt hoog. Daarbij moet de impact op fte (arbeidsbesparing) leidend zijn. Om deze verhoging van de lat te onderstrepen worden de nieuwe middelen doorbraakmiddelen genoemd. In het bestuurlijke gremium, zoals opgenomen in de werkinstructie bestaande uit ZN, NZa, NVZ, VWS, ActiZ, de Nederlandse GGZ en VNG wordt een voorstel voorbereid hoe de lat voor impactvol wordt verhoogd. Het BO IZA/AZWA neemt hier een besluit over. Partijen spreken af dat de uitwerking van het verhogen van de lat niet leidt tot een verzwaring van de verantwoordingslasten voor zorgaanbieders.
- De doorbraakmiddelen worden niet geoormerkt naar sectoren.
- De doorbraakmiddelen in 2027 en 2028 worden ingezet voor arbeidsbesparende maatregelen zoals de inzet van AI, medische technologie en hulpmiddelen.

- De NZa monitort en toetst of de bedragen van de aanvragen voor doorbraakmiddelen passen binnen het totaal aan beschikbare middelen, conform de huidige werkwijze. Bij de doorbraakmiddelen toetst de NZa op het bedrag dat per jaar beschikbaar is gesteld.

Het kabinet spreekt het politieke committent uit om structureel beleid te gaan voeren op de inzet van arbeidsbesparende technologie (AI, medische technologie en hulpmiddelen) in de zorg. Hiermee maken we de zorg toegankelijker en werken we aan het terugdringen van het arbeidsmarkttekort in de zorg. Dit is een proces van lange adem, waarbij perspectief – ook financieel – voor de sector nodig is. Samen met het veld werkt het kabinet aan plannen voor de (middel)lange termijn. Er is veel vertrouwen dat de inzet gaat werken. Er zal de komende jaren bewijs komen wat effectief is en wat niet.

We gaan nu van de kant met een startpakket met financiering voor 2 jaar (2027 en 2028). Deze 2 jaar worden gebruikt om de concreet uit te werken en de effecten van het startpakket te evalueren. Bij een positieve evaluatie en op basis van uitgewerkte plannen loopt dit in 2028 mee in het reguliere begrotingsproces, waarbij het uitgangspunt is dat de middelen structureel worden als dit past binnen de afgesproken financiële kaders. Voor de inzet van deze middelen die dan structureel worden is in dat geval ook geen aanvullende dekking nodig.

c. Maatregelen medische preventie

1. Maatregelen op het gebied van preventie kunnen leiden tot lagere uitgaven in de Zvw. Hiervoor is het volgende afgesproken:
   - Als er onder een maatregel op het gebied van preventie of op het snijvlak van sociaal en medisch terrein een business case ligt - waarbij de kosten en besparingen meerjarig in beeld zijn gebracht – dan kan volgens de begrotingssystematiek de besparing in de Zvw wordt ingeboekt en worden gebruikt als dekking om deze maatregel (deels) te financieren.
   - Bij de beoordeling kunnen verschillende maatregelen worden samengevoegd in één pakket. De beoordeling over de sluitendheid van de business case vindt dan plaats over het pakket als geheel.
   - Besluitvorming loopt via de reguliere begrotingsprocessen binnen het Kabinet en BO IZA/AZWA.
   - De kosten van deze (preventie)maatregelen worden volledig via de begroting gefinancierd (en dus betaald uit belastingen) en verantwoord, niet via verzekeraars.
2. Met het sluiten van dit akkoord spreken partijen af dat er in ieder geval zal worden geïnvesteerd in de volgende maatregelen: inzet AI bij bevolkingsonderzoek borstkanker, inzet MRI bij bevolkingsonderzoek borstkanker voor specifieke groepen, aanvullende seksuele gezondheidszorg en vaccinatie tegen gordelroos inclusief inhaalcampagne. Voor deze maatregelen is structureel € 68 miljoen beschikbaar. Een tabel met de individuele maatregelen en de meerjarig beschikbare bedragen is opgenomen in bijlage 2.
3. Naast deze specifieke maatregelen wordt in de jaren 2027 en 2028 € 45 miljoen gereserveerd voor maatregelen die nog nader onderbouwd moeten worden en daarmee op een ontwikkelagenda komen te staan. De ontwikkelagenda wordt jaarlijks aan de IZA-tafel besproken.

d. Opleidingen

Om bij te dragen aan de transitiedoelen zullen organisaties en professionals in zorg en welzijn anders moeten gaan werken. Dit vraagt om aandacht voor opleiding en scholing (leven lang leren) van (toekomstige) professionals, eerst en vooral waar tekorten het grootst zijn en waar de beweging naar de voorkant om vraagt. De toepassingen van technologische - (bijv. AI) en sociale innovaties (bijv. reablement) en passende zorg (bijv. samenwerking welzijn, palliatieve zorg, doelgericht indiceren en doelgestuurd behandelen) zijn majeure veranderingen. Ook is behoud van instroom in de opleidingen voor tekortberoepen, voldoende loopbaanmogelijkheden en het verminderen van de uitstroom van professionals van belang. Om het opleiden en scholen van medewerkers in zorg en welzijn ook buiten het ziekenhuis te borgen komen hiervoor middelen beschikbaar, oplopend tot € 185 miljoen structureel vanaf 2029. Als er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn indexeert VWS waar nodig de budgetten voor het opleiden van medewerkers in zorg en welzijn.

e. Sociaal domein

Voor de benodigde investeringen en maatregelen in sociaal domein, conform de inhoudelijke afspraken in dit akkoord is structureel € 371 miljoen beschikbaar. Daarboven op is er voor de jaren 2027 en 2028 incidenteel in totaal € 196 miljoen beschikbaar.
Een tabel met de individuele maatregelen en de meerjarig beschikbare bedragen is opgenomen in bijlage 2.

Een deel van de middelen voor het sociaal domein wordt tijdelijk beschikbaar gesteld. Deze basisfunctionaliteiten zijn opgenomen in de ontwikkelagenda deel 1 (basisfunctionaliteiten incidenteel). Partijen gebruiken de komende jaren om nader te onderzoeken wat het effect van deze maatregelen is op de zorgvraag in de Zvw.

De beschikbare middelen voor sociaal domein worden voor € 135 miljoen opgevangen met de structurele middelen van de huidige SPUK IZA. Verder dienen de structurele kosten in het sociaal domein als gevolg van transformatieplannen worden gedekt binnen deze beschikbare middelen.

Op basis van de afspraken die in het akkoord staan, wordt ook een proces ingericht om tot een passende uitkeringsvorm te komen over hoe de middelen voor sociaal domein aan gemeenten zullen worden verstrekt. Uitgangspunt hierbij is dat de uitkeringsvorm passend is bij voorgestelde beleid. Bij dit proces worden fondsbeheerders en VNG betrokken.

De afspraak onder 8.c.1. in deze financiële paragraaf geldt ook voor maatregelen op het snijvlak van het sociaal en medisch domein.

f. Overige investeringen via begroting

Er wordt een bedrag oplopend naar in totaal € 61 miljoen structureel beschikbaar gesteld voor investeringen via de VWS-begroting die bijdragen aan het reduceren van de zorgvraag in de Zvw of randvoorwaardelijk zijn om de doelen van het AZWA te kunnen realiseren.
Ten aanzien van de doorbraakafspraak professionele richtlijnen zijn voor het verlengen van de verschillende kwaliteitsprogramma's t/m 2028 middelen beschikbaar: € 12,5 miljoen in 2027 en € 29,3 miljoen in 2028.

Binnen dit totaalbedrag zijn voor de looptijd van dit akkoord tevens middelen beschikbaar gesteld voor flankerend beleid vanuit VWS. Een tabel met de meerjarig beschikbare bedragen van individuele maatregelen is opgenomen in bijlage 2.

g. Enveloppe gegevensuitwisseling

Tussen 2022 en 2028 staat er in totaal circa € 878 miljoen op de VWS-begroting voor het realiseren van gegevensuitwisseling. Daarnaast staat er op de aanvullende post bij Financiën in totaal nog circa € 566 miljoen wat beschikbaar is voor gegevensuitwisseling. Over de middelen die op de aanvullende post staan zal naar verwachting bij voorjaarsbesluitvorming 2026 worden besloten.

9. Perspectief voor de toekomst

De financiële afspraken van het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord lopen tot en met 2028. Dit sluit aan bij de periode waarvoor de sectorale groeipercentages zijn vastgelegd in het Hoofdlijnenakkoord van het kabinet. Echter, de beweging die we hebben ingezet met het IZA, en die wordt versterkt door het AZWA, is er een van lange adem. Het is voor partijen daarom van belang om ook een perspectief te hebben op de ontwikkeling van de financiën in de periode na 2028. Dat perspectief schetsen we in deze paragraaf.

Het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord versterkt de beweging van het IZA en maakt het concreter. Het akkoord bevat concrete en dwingende afspraken hoe je ervoor zorgt dat interventies die zorgvraag voorkomen in elke regio worden ingezet, hoe partijen nog intensiever samen moeten werken om keuzes in het belang van de patiënt te maken. Tevens zijn er concrete afspraken gemaakt die ervoor zorgen dat professionals meer ruimte krijgen om hun werk te doen (bijvoorbeeld door het verdwijnen van regels, het inzetten van medische technologie en investeringen in opleidingen). De AZWA-partijen hebben er vertrouwen in dat met dit aanvullende akkoord we het tekort op de arbeidsmarkt kunnen voorkomen en de toegankelijkheid van de zorg kunnen verbeteren. Op die manier kunnen we de stijgende zorgvraag, mede als gevolg van het verlagen van het eigen risico, van een adequaat antwoord voorzien.

Voor het opvangen van de extra zorgvraag zijn middelen beschikbaar, in totaal € 2,3 miljard structureel. In het AZWA maken we afspraken hoe we deze middelen inzetten. Dit valt grofweg uiteen in drie delen:

- Middelen om de extra zorg te betalen. Deze worden verdeeld over de IZA- en niet-IZA sectoren. Deze middelen lopen via de contractering van zorgverzekeraars. De inzet van deze middelen wordt in lijn gedaan met de doelen van het AZWA (afwenden arbeidsmarkttekort en toegankelijkere zorg).

- Doorbraakmiddelen waarmee tijdelijke investeringen kunnen worden gedaan zodat de zorg een grotere vraag aankan bijvoorbeeld door slimmer te werken via de inzet van AI, medische technologie of hulpmiddelen. Deze middelen lopen via de verzekeraars (gelijkgericht).
- Middelen om de beweging naar de voorkant te stimuleren, bijvoorbeeld door medische preventie of het investeren in het sociaal domein en zo zorguitgaven te voorkomen. Deze middelen lopen via VWS-begroting.

De middelen ondersteunen de transitie die we de komende jaren ingaan. Die transitie zal niet vanzelf gaan. Partijen zullen over hun eigen schaduw heen moeten stappen. Volgen en bijsturen is daarom essentieel. Er zijn ook de nodige onzekerheden. Omdat er nooit eerder een zo grote verlaging van het eigen risico is geweest, is het onzeker hoe groot de extra zorgvraag per sector precies zal worden. En of het mogelijk is om in de verschillende sectoren die vraag op te vangen. Ook de methodiek van de doorbraakmiddelen is nog nieuw. Investeringsplannen voor bijvoorbeeld AI en medische technologie moeten nog gemaakt en geïmplementeerd worden. Hoewel we er veel vertrouwen in hebben dat de beweging naar de voorkant leidt tot een vermindering van de zorgvraag, zal de komende jaren bewijs moeten komen welke interventie effectief is in het voorkomen van zorgvraag en welke niet.

Naast structurele financiering via de contractering en via de VWS begroting (voor o.a. opleiden, sociaal domein en medische preventie) zal een deel van de middelen daarom tijdelijk worden ingezet (t/m 2028). In dit akkoord worden geen bindende afspraken gemaakt over de inzet van deze middelen na 2028. De komende jaren zullen we volgen:

- Hoe de extra zorgvraag als gevolg van de verlaging van het eigen risico precies neerslaat in de verschillende sectoren. Voor elke sector zien we of er overschrijdingen of onderschrijdingen van het kader zijn.
- De kwaliteit van de plannen die worden gemaakt in het kader van de doorbraakmiddelen.
- In welke mate de beweging naar de voorkant de zorgvraag in de ZVW afbuigt.

Op een later moment kan het kabinet besluiten over de inzet en verdeling van deze middelen (contractering, doorbraakmiddelen en begroting) na 2028.

10. Slotbepaling

De afspraken in dit akkoord die via de begroting worden gefinancierd zijn onder voorbehoud van parlementaire goedkeuring.

Beleidswijzigingen van het Kabinet of parlement op het gebied van de zorg kunnen het noodzakelijk maken dat VWS-bewindspersonen afwijken van de financiële afspraken in dit akkoord. De partijen zullen in dat geval in overleg treden over de gevolgen voor de andere afspraken in dit akkoord.

Bijlage 1

IZA-kaders 2026 t/m 2028 per sector (exclusief eventuele toekomstige mutaties zoals vastgelegd in de financiële paragraaf onderdelen 5b, 7 en 10).

msz[50]

Bedragen x € 1 miljoen		2026	2027	2028
1	stand begroting 2025 (inclusief groei 2026 c.f. IZA)	30.460	30.460	30.460
2	tranche loon- en prijsbijstelling 2025	1.353	1.353	1.353
3	stand kader prijspeil 2025	31.813	31.813	31.813
4	aanpassing startniveau	-75	-75	-75
5	nieuwe basisstand	31.738	31.738	31.738
6	volumegroei totaal		0	0
	w.v. groei 2027 (0%)		0	0
	w.v. groei 2028 (0%)			0
7	remgeld		676	763
8	uitstel tranchering eigen risico 2026	147		
9	bekostiging meedenkadvies	8	8	8
10	wijkklinieken	5	5	5
11	**kader msz inclusief groei in prijspeil 2025**	**31.898**	**32.427**	**32.514**

ggz

Bedragen x € 1 miljoen		2026	2027	2028
1	stand begroting 2025 (inclusief groei 2026 c.f. IZA)	5.553	5.322	5.322
2	tranche loon- en prijsbijstelling 2025	283	272	272
3	schuif Beschikbaarheidbijdrage psychotraumazorg	-6	-6	-6
4	stand kader prijspeil 2025	5.831	5.587	5.587
5	aanpassing startniveau		202	202
6	nieuwe basisstand	5.831	5.789	5.789
7	volumegroei totaal		23	47
	w.v. groei 2027 (0,4%)		23	23
	w.v. groei 2028 (0,4%)			23
8	remgeld		123	139
9	uitstel tranchering eigen risico 2026	26		
10	**kader ggz inclusief groei in prijspeil 2025**	**5.857**	**5.935**	**5.974**

[50] Het MSZ-kader is exclusief de € 35 miljoen die beschikbaar is voor opschaling IC's.

Wijkverpleging

	Bedragen x € 1 miljoen	2026	2027	2028
1	stand begroting 2025 (inclusief groei 2026 c.f. IZA)	3.904	4.009	3.956
2	tranche loon- en prijsbijstelling 2025	199	205	202
3	stand kader prijspeil 2025	4.104	4.214	4.158
4	aanpassing startniveau	-312	-537	-534
5	nieuwe basisstand	3.792	3.677	3.624
6	volumegroei totaal		133	266
	w.v. groei 2027 (3,5%)		133	133
	w.v. groei 2028 (3,5%)			133
7	remgeld		39	44
8	**kader Wijkverpleging inclusief groei in prijspeil 2025**	**3.792**	**3.849**	**3.934**

Huisartsenzorg

	Bedragen x € 1 miljoen	2026	2027	2028
1	stand begroting 2025 (inclusief groei 2026 c.f. IZA)	4.596	4.596	4.596
2	tranche loon- en prijsbijstelling 2025	229	229	229
3	stand kader prijspeil 2025	4.826	4.826	4.826
4	aanpassing startniveau	0	0	0
5	nieuwe basisstand	4.826	4.826	4.826
6	volumegroei totaal		169	344
	w.v. groei 2027 (3,5%)		169	169
	w.v. groei 2028 (3,5%)			175
7	remgeld		99	112
8	bekostiging meedenkadvies	-8	-8	-8
9	uitstel tranchering eigen risico 2026	21		
10	**kader Huisartsenzorg inclusief groei in prijspeil 2025**	**4.839**	**5.086**	**5.273**

Multidisciplinaire Zorg

	Bedragen x € 1 miljoen	2026	2027	2028
1	stand begroting 2025 (inclusief groei 2026 c.f. IZA)	987	980	980
2	tranche loon- en prijsbijstelling 2025	47	47	47
3	stand kader prijspeil 2025	1.034	1.026	1.026
4	aanpassing startniveau		7	7
5	nieuwe basisstand	1.034	1.033	1.033
6	volumegroei totaal		52	106
	w.v. groei 2027 (5,0%)		52	52
	w.v. groei 2028 (5,0%)			54
7	remgeld		91	94
8	uitstel tranchering eigen risico 2026	4		
9	**kader mdz inclusief groei in prijspeil 2025**	**1.038**	**1.176**	**1.233**

Bijlage 2

Overzicht van afspraken die via de VWS-begroting lopen

	Bedragen x € 1 miljoen	2026	2027	2028	2029	2030	Struc.
A1	**We ontlasten medewerkers door doorbraakprojecten die regeldruk verminderen op te schalen**	2	2	2	0	0	0
B1	**Domeinoverstijgend indiceren, waarbij de minste arbeidsinzet uitgangspunt is**	10	10	0	0	0	0
B2	**We bevorderen de passende inzet van arbeidsbesparende medische technologie**						
	Waarvan innovatieprogramma, regionale initiatieven, internationale samenwerking en opleiden & trainen	5	5	5	0	0	0
B3	**Versterken van de lerende omgeving: opleiden en ontwikkelen als vanzelfsprekendheid**	53	83	129	185	185	185
B4	**We ondersteunen medische preventie zoals vaccinaties als hiermee zorgvraag wordt voorkomen**						
	Reservering	0	45	45	0	0	0
	Gordelroosvaccinatie	2	39	39	39	39	39
	Gordelroos inhaalcampagne	0	8	8	8	14	0
	Inzet AI bevolkingsonderzoek borstkanker	0	5	5	5	5	5
	Inzet MRI bevolkingsonderzoek borstkanker	0	2	2	2	17	17
	Aanvullende seksuele gezondheidszorg	0	5	7	7	7	7
C2	**Naar één landelijke voorziening voor alle vragen rondom toegang en gebruik van digitale zorg**	3	6	9	0	0	0
D5	**We versterken de samenwerking tussen partijen op het snijvlak (eerstelijns) zorgdomein en sociaal domein**	20	133	204	263	168	173
	Ketenaanpak overgewicht kind	10	17	24	31	35	0
	Verkennend gesprek	0	20	35	32	0	0
	Ketenaanpak dementie	0	20	30	50	0	0
	Kansrijke start: Rookvrije start	0	2	4	8	0	0
	Multiproblematiek aanpak	0	15	21	25	0	0
	Nicotinevrij	0	3	5	7	0	0
	GLI volwassenen	7	10	15	20	20	20
	Kansrijke start: integrale gezinspoli	0	2	5	7	10	25
	Sociaal verwijzen	0	17	29	41	54	68
	Laagdrempelige steunpunten EPA	0	22	30	36	43	54
	Nu niet zwanger	3	5	6	6	6	6
D6	**In het sociaal domein wordt een basisinfrastructuur ingericht ter ondersteuning van de basisfunctionaliteiten**	30	103	128	154	173	198
	Inloopvoorzieningen Sociaal&Gezond	0	40	50	60	67	75
	Lokale teams hechte wijkverbanden	0	30	38	46	52	58
	Coördinatie gemeenten	25	25	30	35	40	50
	Mentale gezonde school	5	8	10	13	14	15

Bedragen x € 1 miljoen		2026	2027	2028	2029	2030	Struc.
E3	**We dragen met professionele richtlijnen bij aan passende zorg en de transitiedoelen**[51]	0	13	29	10	10	10
E5	**We verbeteren toegang tot bestaande geneesmiddelen voor patiënten**	0	1,4	1,2	0,65	0,5	0,5
E6	**We maken afspraken om fraude in de zorg te voorkomen, opsporen, stoppen en bestraffen**	0	10	20	25	50	50
	Flankerend beleid AZWA	0	2	2	0	0	0
	Totaal via begroting VWS	**125**	**472**	**635**	**698**	**668**	**684**

[51] Deze bedragen zijn inclusief de middelen voor het Kennisinstituut V&VN in 2027 en 2028.

Bijlage 3

Afspraken via contractering

De volgende afspraken kunnen financiële gevolgen hebben. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om hier in de contractering afspraken over te maken, binnen de financiële kaders.

	Afspraken via contractering
A1	We ontlasten medewerkers door doorbraakprojecten die regeldruk verminderen op te schalen
B2	We bevorderen de passende inzet van arbeidsbesparende medische technologie
C5	Thuisarts.nl wordt structureel geborgd
C8	Zorgverleners gaan vroegtijdig het gesprek aan met patiënten over de laatste fase van het leven
D2	De versterking van de eerstelijnszorg wordt structureel geborgd
D3	Huisartsen gaan standaard met een vaste patiëntenpopulatie werken
D4	Met (financieel) maatwerk in elke regio borgen we de duurzame continuïteit van de huisartsenzorg
D7	We zorgen voor voldoende participatie voor de invulling van avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten

5 Monitoring

5 Monitoring

Om zicht te houden op resultaten die geboekt worden of juist uitblijven en om te bepalen waar meer, minder of andere inzet nodig is, willen partijen gezamenlijk een beeld hebben over de geboekte voortgang. De AZWA-afspraken bouwen voort op de meerjarige beweging die is ingezet met het IZA. Voor het IZA is een uitgebreide monitor opgebouwd. Deze blijft behouden en wordt doorontwikkeld aan de hand van de afspraken gemaakt in dit akkoord. Het is daarbij goed om steeds te realiseren dat onderdelen van deze beweging en een grote transformatie in zorg en welzijn, niet altijd op korte termijn tot meetbare resultaten zullen leiden.

Eerder is in het IZA afgesproken om voortgang op drie niveaus te volgen: 1. proces (input), 2. beweging (output) en 3. doelgroepen (outcome).

1. Het proces en uitvoeringsinformatie staat in de kwartaalrapportages van het IZA en bevat potentiële stuurinformatie voor tijdens de bestuurlijke overleggen.
2. Partijen en onderzoekpartners hebben veel energie gestopt in het opbouwen van een monitor van de ‘beweging’. Deze monitor is doorlopend, halverwege 2025 wordt de 1-meting gepresenteerd, volgend op de 0-meting van medio 2024.
3. Het Zorginstituut Nederland brengt de effecten van het IZA voor specifieke doelgroepen patiënten in kaart. Hierbij geldt dat er geen één op één relatie te leggen is tussen het realiseren van een afzonderlijke afspraak en de uitkomst van een specifieke indicator.[52] De ontwikkeling van de uitkomsten van deze set aan indicatoren geven echter wel een beeld of de inzet van partijen resultaat oplevert of dat bijgestuurd moet worden.

Voor dit aanvullende akkoord zijn de gemaakte monitoringsafspraken in het IZA de basis, waarbij we gebruik blijven maken van de reeds opgebouwde instrumenten. Waar nodig en mogelijk zullen we in overleg met de ondertekenende partijen en in overleg met de monitoringsmakers deze instrumenten aanvullen zodat ook de aanvullende afspraken in dit akkoord kunnen worden gemonitord. Daarbij krijgen huidige afspraken, zoals die over transparantie van uitkomsten van zorg, ook voldoende aandacht in de monitoringsrapportages. In de monitoring baseren we ons zoveel als mogelijk op bestaande gegevens om administratieve lasten te beperken. Het is daarbij wel van belang dat partijen transparantie nastreven in het openbaar maken van (kwaliteits)-gegevens volgens staande afspraken.

Specifiek voor de transitiedoelen op het vlak van 1) arbeidsmarkt en 2) toegankelijkheid, kijken we wat nodig is bij de doorontwikkeling van de **lopende monitoring**, namelijk:

1) Omtrent de monitoring van arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals zijn in onderdeel H op pagina 91 specifieke afspraken gemaakt in het IZA.[53] Gezien transitiedoel 1 is het van belang om te beoordelen of een specifieke aanpassing of aanvulling van het onderdeel over arbeidsmarkt van de kwartaalrapportage – of een van de andere monitors – nodig is[54].
2) Voor wat betreft transitiedoel 2 zal ook worden bekeken of hiervoor genoeg informatie is opgenomen in de ‘inzichten rondom toegankelijkheid van zorg’ van de kwartaalrapportage. En of aanpassingen/toevoeging wenselijk, passend en mogelijk zijn binnen dit (of een ander) onderdeel van de monitor.

Een werkafspraak omtrent de monitoring van de transitiedoelstellingen zal vóór eind 2025 worden vastgesteld tijdens een bestuurlijk overleg. Want we vinden het belangrijk om goed zicht te houden of we met elkaar voldoende impact realiseren op de transitiedoelen. Een voorstel hiervoor zal met partijen worden uitgewerkt. Het bestuurlijk overleg AZWA is opdrachtgever van de monitors, VWS is trekker van de monitor. Daarnaast is afgesproken dat administratieve lasten en regeldruk onderdeel van de monitor worden.

---

52 Met uitzondering van de (proces) voortgangsmonitor voor wat betreft het overzicht van de status van specifieke acties.

53 Specifiek: 1. Het uitstroompercentage uit de sector zorg en welzijn exclusief pensionering, 2. ontwikkeling van het aandeel zzp’ers werkzaam in zorg en welzijn, 3. ziekteverzuim, 4. vacaturegraad, 5. werktevredenheid, 6. deeltijdfactor. 7. indicatoren in het kader van de monitor zeggenschap, 8. aansluiting opleidingsinspanningen op de ramingen van het Capaciteitsorgaan.

54 Daarbij zal ook gekeken worden naar de mogelijkheden om de uitkomsten van het prognosemodel hierbij te betrekken.

Onderstaand is in een **Bijlage:**
Toelichting opgebouwde monitoringsonderdelen en doorontwikkeling een uitgebreidere toelichting opgenomen van de reeds opgebouwde monitoringsinstrument en de aandachtspunten voor de doorontwikkeling op basis van de aanvullende afspraken.

Mid-Term Review (MTR) 2.0

De looptijd van het IZA was tot en met 2026 en wordt nu verlengd tot en met 2028. Samen zetten we nu dus weer een volgende stap. De partijen zetten zich maximaal in om de doelen en plannen te realiseren en bespreken regulier elk kwartaal de voortgang in het BO IZA/AZWA. Daarnaast willen we ook zien of de eerdere en nu aanvullende afspraak blijven bijdragen aan de transitie die is ingezet. Partijen spreken daarom met elkaar af dat er begin 2027 een tussentijds evaluatiemoment plaatsvindt (mid-term review) van het lopende IZA en de aanvullende afspraken.

Bij de evaluatie worden naast de onderdelen van de reguliere monitor bij de MTR de volgende onderdelen minimaal betrokken:
- Financiële realisatiecijfers;[55]
- Een beeld in hoeverre de afspraken worden nagekomen en randvoorwaarden zijn ingevuld;
- Een overzicht van welke concrete doorbraak- en transformatieplannen zijn ingediend en gehonoreerd voor respectievelijk de doorbraak- en transformatiemiddelen.

Als blijkt dat de gewenste transitie niet voldoende plaats vindt dan wordt ingezet op a) het alsnog verder aanscherpen en intensiveren van inhoudelijke afspraken in het AZWA en b) gewijzigde inzet van middelen. We zetten erop in om met deze twee opties eventueel benodigde aanpassingen af te spreken. Als terugvaloptie kan ook bezien worden of er c) verschuiving van de groeiruimte tussen sectoren (macro-budget-neutraal) moet plaats vinden en d) of er aanpassingen van het basisniveau per 2028 (bij significant afwijkend beeld op basis van realisatiecijfers) nodig zijn. Overleg en besluitvorming vindt plaats voor 1 juli 2027 betreffende 2028. Hierbij is ook aandacht voor eventuele substitutie effecten van afspraken uit het AZWA op de Wmo en eerste lijn. Indien hier sprake van blijkt, worden hierover nadere bestuurlijke afspraken gemaakt.

Over de verdere precieze vormgeving van de evaluatie zullen partijen nadere afspraken maken en vastleggen in het bestuurlijk overleg. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van de ervaring en governance van de eerder uitgevoerde MTR. Bijsturing van de gemaakte afspraken gebeurt gedurende gehele looptijd van het akkoord. De MTR is vooral van belang voor een meer grondige vaststelling van de stand van zaken en ter voorbereiding op het einde van de looptijd van deze afspraken en hoe daarmee om te gaan (na 2028).

[55] We onderzoeken de mogelijkheden om inzicht te krijgen in de substitutie effecten tussen sectoren en domeinen i.r.t. de financiële uitputting. Zodat we, indien nodig en mogelijk, afspraken kunnen maken over (de gevolgen van) deze effecten.

Bijlage Monitoring

Toelichting opgebouwde monitoringsonderdelen en doorontwikkeling

Hieronder wordt de inzet en aandachtspunten van de verschillende monitoringsonderdelen in meer detail toegelicht. Het uitgangspunt blijft dat de verschillende monitoringsmakers autonomie behouden voor de definitieve inrichting van monitoringsinstrumenten ten behoeve van kwaliteitsborging en onafhankelijkheid van de onderzoeksinstituten.

Kwartaalrapportages

Het doel is zicht houden op de voortgang van planvorming en uitvoering van de gemaakte afspraken en plannen. De rapportage wordt samengesteld onder regie van VWS door een vormgever, op basis van bestaande bronnen en informatie van experts. Onderdeel hiervan is in ieder geval:
- Zicht houden op de afgesproken acties;
- Monitoring van de uitputting van de financiële kaders;
- Monitoring van de transformatieplannen en -middelen;
- Monitoring van de ontwikkelingen op het gebied van de arbeidsmarkt; en
- Inzicht in de toegankelijkheid van zorg.

Aandachtspunten voor de doorontwikkeling zijn:
1. Het afvoeren van acties die vanuit het IZA reeds zijn afgerond en het toevoegen van aanvullende afspraken uit het voorliggende akkoord.
2. Op basis van de werkafspraken omtrent de transitiedoelen de monitor consistent aanpassen voor de reeds opgenomen inhoud.

Monitoring van de beweging

Met het monitoren van de beweging willen we zicht krijgen op de cruciale veranderingen in de zorg. Bij deze monitor ligt de focus op wat inspanningen (output) in de praktijk opleveren en in hoeverre deze inspanningen ons dichter bij onze (lange termijn-) doelen brengen. Dit is anders dan de kwartaalrapportage die meer toeziet op input monitoring en de doelgroepenmonitor die zicht geeft op uitkomsten voor patiëntengroepen.

Voor de monitoring van de beweging zijn vier thema's [56] geselecteerd die gemonitord worden in goed overleg door verschillende onderzoekspartijen, te weten:
a) Passende zorg als norm (Zorginstituut Nederland);
b) Meer regionale samenwerking (RIVM);
c) Meer hybride zorg (RIVM); en
d) Sterkere eerste lijn (NIVEL).

Samenhang tussen de 'bewegingsthema's
De deelmonitor **'Passende Zorg als norm'** hangt als een paraplu boven de andere deelmonitors en geeft inzicht in de voornaamste trends en veranderingen aan de hand van de principes van Passende Zorg.

De trends en veranderingen vanuit passende zorg beslaan de volle breedte van de zorg. De effecten hiervan vertalen zich door op regionaal niveau. Het versterken en verbeteren van regionale samenwerking is hierbij cruciaal. Dit wordt inzichtelijk gemaakt in de deelmonitor **'Regionale samenwerking'**. De deelmonitor **'Hybride zorg'** zoomt in op een instrument om de beweging naar passende zorg als norm te versnellen. Deze ontwikkeling is van belang om passende zorg goed invulling te kunnen geven.

Het laatste stukje van de puzzel, om de korte-termijn veranderingen te monitoren, ligt bij de deelmonitor **'Sterkere eerste lijn'**. Het belang van deze sector in de transitie naar passende zorg is zeer groot en daarom is ervoor gekozen om hier een aparte deelmonitor op in te zetten. Hierin zullen, toegespitst op de eerste lijn, alle onderwerpen uit de vier andere deelmonitors terugkomen.

[56] Eerder was er een vijfde onderdeel op het vlak van concentratie en spreiding, gezien inhoudelijke ontwikkelingen is dit onderdeel voor nu geen onderdeel van de bewegingsmonitor. Indien opportuun kan dit op een later moment nog worden toegevoegd.

Voortgang en gebruik monitor van de bewegingsmonitor

In de looptijd van het IZA zijn per thema voorstellen uitgewerkt in afstemming met de betrokken partijen. De 1-meting van de bewegingsmonitor zal halverwege 2025 worden opgeleverd. De monitoring van de beweging moet adaptief blijven aan de ontwikkelingen en zal daarom in de loop van de tijd doorgroeien. Daarbij maakt deze monitor de belangrijkste bewegingen in het zorg- en welzijnsveld inzichtelijk.

Aandachtspunten doorontwikkeling:

1. Na de oplevering van de 1-meting vragen we de betrokken onderzoekers om advies over de verdere doorontwikkeling van de monitor van de beweging op hun onderdelen, gezien de aanvullende afspraken in dit akkoord. In het bijzonder de betrokkenheid van het sociaal domein en de beweging naar de voorkant, ook gezien het onderzoek naar substitutie tussen sectoren en domeinen in de MTR.
2. We bouwen voort op de expertise en geleerde lessen worden gebruikt voor vervolgstappen over de eisen aan deze monitoring. We zullen onder regie van de monitoringstafel en in overleg met de betrokken thematafel per beweging deze monitor verder ontwikkelen in een cyclisch proces richting de nieuwe jaarrapportages.
3. Waar nieuwe AZWA-afspraken al gemonitord worden door betrokken partijen/tafels zal in de output monitoring daar een verwijzing naar worden gemaakt.

Monitor Doelgroepen

We onderstrepen het belang en de wenselijkheid van de doelgroepenmonitor, zoals overeengekomen in het IZA. De monitor wordt beheerd door Zorginstituut Nederland en is te vinden op: https://www.regiobeeld.nl/monitor-doelgroepen-iza. We verlengen de doelgroepenmonitor voor de looptijd van de aanvullende afspraken. Met de doelgroepenmonitor volgen we wat de effecten op toegankelijkheid en kwaliteit zijn van alle inspanningen. Dit doen we aan de hand van het volgen van 5 specifieke doelgroepen die in het IZA worden genoemd:

- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden;
- Mensen met psychische klachten;
- Mensen met (risico op) kanker;
- Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten; en
- Ouderen met een kwetsbare gezondheid.

Aandachtspunten doorontwikkeling:

1. We blijven deze monitor verder opbouwen en ontwikkelen conform de afspraken die daarover reeds zijn gemaakt.
2. Ook voor het HLO wordt gebruik gemaakt van de monitor Doelgroepen om de effecten van deze afspraken op de kwaliteit en toegankelijkheid te volgen. Hiertoe wordt de doelgroep ‘Ouderen met een kwetsbare gezondheid’ verder uitgebouwd met meer aandacht voor cliënten in de Wet langdurige zorg. Hierbij wordt nadrukkelijk ook afstemming gezocht met de al bestaande monitoring van het WOZO.

AZWA

Bijlagen

Bijlage D5

Basisfunctionaliteiten samenwerking zorgdomein en sociaal domein

Inleiding

Zowel de rollen en de waarde van het zorgdomein als die van het sociaal domein reiken verder dan de uitwerking van de afspraken die zorgverzekeraars en gemeenten met elkaar willen maken over de domeinoverstijgende samenwerking op het grensvlak zorg-sociaal domein. De uitwerking van de domeinoverstijgende samenwerking zorg-sociaal moet gezien worden in dat brede perspectief. Immers, inwoners kunnen alleen werken aan hun gezondheid en daarmee minder beroep doen op de zorg, als zij vanuit een stevig geëquipeerd sociaal domein kunnen leven in een omgeving die uitnodigt om te bewegen, gezond te eten, te sporten en samenkomen en waarbij zij ondersteund worden in vragen die ontstaan.

Het IZA/GALA/AZWA legt de basis onder een beweging van zorg naar gezondheid en welbevinden. Een beweging die ook leidt tot minder vraag naar zorg. Omdat de houdbaarheid van het zorgstelsel onder druk staat, wordt gezocht naar manieren om de zorg ook in de toekomst toegankelijk en beschikbaar te houden voor mensen die dat nodig hebben. In het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord wordt afgesproken dat we de samenwerking versterken tussen het zorg en het sociaal domein zodat mensen de zorg en ondersteuning krijgen die zij daadwerkelijk nodig hebben. Dit doen we door **landelijke afspraken** te maken tussen o.a. zorgverzekeraars, gemeenten en VWS (in afstemming met BO IZA/AZWA) over **concrete basisfunctionaliteiten** op het snijvlak van het sociaal en medisch domein.

Zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders van zorg en ondersteuning hebben elkaar nodig om voor specifieke groepen passende zorg te bieden. Ze hebben echter ook elk een eigen rol en verantwoordelijkheid. Zorgverzekeraars zorgen dat mensen die ziek zijn de zorg krijgen die zij nodig hebben. Gemeenten zorgen voor een omgeving waarin inwoners kunnen werken aan hun gezondheid. Met beweging, sport, gezond eten en sociale contacten, en ondersteuning als ze niet zelfstandig kunnen participeren. Waar de zorg uitblinkt in goed omschreven behandelingen die op grote patiëntgroepen getest zijn, zit de kracht van het sociaal domein juist in contextgericht werken en inspelen op initiatieven die ontstaan bij de cliënt of de omgeving. Deze benaderingen zijn complementair aan elkaar en zijn beide nodig.

Een goede invulling van beide benaderingen is een randvoorwaarde voor het slagen van deze afspraken. De afspraken moeten dan ook gezien worden in breder perspectief. Als de sociale basis in gemeenten te kwetsbaar wordt of er geen huisartsen beschikbaar zijn, gaan deze afspraken het verschil niet maken. In dat geval moeten daar mogelijk aanvullende afspraken over gemaakt worden. Tegelijkertijd moeten beide partijen hun verantwoordelijkheden op een eigen manier kunnen invullen, zodat de waarde van beide domeinen behouden blijft. De afspraken hebben echter alleen betrekking op specifieke domeinoverstijgende samenwerking op het grensvlak van de zorg en het sociaal domein. Op dat grensvlak moeten beide domeinen een stap in elkaars richting doen om de samenwerking te laten slagen.

Landelijke afspraken met aanspreekbaarheid

Alle betrokken partijen zien dat er een impuls gegeven moet worden aan de samenwerking tussen de zorg en het sociaal domein. Dit doen we door landelijke afspraken te maken die regionaal en lokaal vertaald worden. De landelijke afspraken worden gemaakt door de koepels, zoals Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), brancheorganisaties van aanbieders en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), in afstemming met het Bestuurlijk Overleg van het Integraal Zorgakkoord (BO IZA/AZWA. In de regio committeren zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders in zowel zorg als sociaal domein zich hieraan in de inkoop en uitvoering en zij zijn hierop aanspreekbaar.

De afspraken gaan over concrete basisfunctionaliteiten op het snijvlak van het sociaal domein en het zorgdomein. Daarmee wordt de samenwerking tussen de zorg en het sociaal domein lokaal en in de regio versterkt. Deze basisfunctionaliteiten worden in alle regio's ingevuld en uitgevoerd zodat ze beschikbaar zijn voor alle inwoners.

Dit document

In dit document wordt achtereenvolgens uitgewerkt:

- Het mechanisme op hoofdlijnen;
- De definitie van een basisfunctionaliteit en de gereedschapskist die erbij hoort;
- De ontwikkelagenda, om blijvend met elkaar te ontwikkelen en zo nodig; basisfunctionaliteiten toe te voegen of te veranderen;
- Monitoring en governance, om bij te sturen waar nodig;
- Een voorstel voor basisfunctionaliteiten die al op korte termijn geïmplementeerd worden.

Het mechanisme op hoofdlijnen

De details van de afspraken zijn later in dit document uitgewerkt. Op hoofdlijnen werkt het mechanisme als volgt. De afspraken die gemaakt worden, gaan over basisfunctionaliteiten. Deze zijn gebaseerd op afspraken waarin zorg en sociaal domein samenwerken om de gezondheid van specifieke groepen inwoners te verbeteren en de zorg te ontlasten. Per basisfunctionaliteit spreken partijen met elkaar af wat zij bijdragen en wat zij van elkaar verwachten.

De basisfunctionaliteiten kunnen op regionaal niveau op verschillende manieren ingevuld worden. Daarvoor wordt landelijk een gereedschapskist ontwikkeld. Daarin zitten interventies die op regionaal en lokaal niveau ingezet kunnen worden om uitvoering te geven aan de basisfunctionaliteit [57].

De samenwerking tussen zorg en sociaal domein is nog volop in ontwikkeling. Het is dan ook niet mogelijk om alle relevante basisfunctionaliteiten te definiëren. Daarom wordt gewerkt met een **ontwikkelagenda.** Ideeën voor toekomstige basisfunctionaliteiten kunnen op de ontwikkelagenda geplaatst worden, waarna gekeken wordt of ze uitgewerkt kunnen worden tot een basisfunctionaliteit.

Het mechanisme en de uitwerking van de afspraken wordt gemonitord, zodat er indien nodig bijgestuurd kan worden. Ofwel door partijen aan te spreken op de manier waarop zij afspraken uitvoeren, ofwel door afspraken te herijken.

Wederkerigheid

De afspraken zijn wederkerig. Dat betekent dat zowel zorg als sociaal domein nodig zijn om de uitvoering tot een succes te maken. Afspraken waarbij zorg of sociaal domein iets nodig heeft van het andere domein maar hier zelf geen rol in heeft, vallen dus buiten de scope van deze afspraken en van de basisfunctionaliteiten.

Aanspreekbaarheid

De afspraken zijn in eerste instantie niet wettelijk vastgelegd, maar partijen zijn er wel aanspreekbaar op. Dat geldt niet alleen voor VNG en ZN, maar ook voor brancheorganisaties van aanbieders die de landelijke afspraken ondertekenen. Aanspreekbaarheid werkt zowel op lokaal als regionaal niveau (waar de afspraken geïmplementeerd worden) als op landelijk niveau, waarbij van de koepels verwacht wordt dat zij hun leden erop aanspreken als zij onvoldoende uitvoering geven aan de afspraken.

Basisfunctionaliteiten

Basisfunctionaliteiten vormen de kern van de afspraken. Onderstaand bespreken we de definitie, de uitwerking die nodig is op landelijk niveau en de implementatie in de regio.

---

[57] Hiervoor wordt ook geput uit de databank bewezen effectieve interventies uit het loket Gezond Leven van RIVM en andere relevante databanken zoals van Movisie en NJI .

De definitie van een basisfunctionaliteit

Basisfunctionaliteiten zijn ingedeeld naar leefgebieden en beschrijven de afspraken waar partijen in alle regio's ten minste op aanspreekbaar zijn. Leidende principes voor basisfunctionaliteiten zijn:

a) De basisfunctionaliteiten zijn herkenbaar voor de grote actuele opgaven en gaan daarom over de volgende leefgebieden:
   - Kansrijk opgroeien;
   - Gezonde leefstijl;
   - Mentale gezondheid;
   - Vitaal ouder worden;
   - Gezondheidsachterstanden verminderen & vergroten zelfredzaamheid als rode draad in de 4 thema's.

b) De basisfunctionaliteiten gaan over wederkerige samenwerking op het snijvlak van zorg en sociaal domein (en bevatten in ieder geval de in het IZA en GALA afgesproken ketenaanpakken).

c) De basisfunctionaliteiten ontlasten in ieder geval de zorg en zorgen netto voor minder inzet (hetzij financieel, hetzij van personeel) in de combinatie van het sociaal domein, Zvw en Wlz.

d) Voor de basisfunctionaliteiten is helder omschreven welke rollen, taken en verantwoordelijkheden de betrokken partijen hebben.
   - Deze omschrijving is vastgelegd in een landelijk nog nader uit te werken concrete handreiking, leidraad of beschrijving anderszins, die duidelijk maakt wat alle partijen moeten doen. Zo wordt voorkomen dat er onduidelijkheid ontstaat of dat regio's onnodig veel tijd kwijt zijn aan uitzoeken wat zij gaan doen. Bij deze uitwerking worden de landelijke partijen betrokken waarvan de achterban een rol heeft in de uitvoering van de basisfunctionaliteit.
   - Er zijn voldoende interventies en aanpakken uitgewerkt om de basisfunctionaliteit daadwerkelijk te kunnen uitvoeren.
   - Voor inzet vanuit de zorg geldt dat in ieder geval dat de aanspraak duidelijk [58] is en een betaaltitel aanwezig is.
   - Voor zorgprofessionals moet voorafgaand duidelijk zijn wie de zorg mag uitvoeren en welke opleiding of registratie hiervoor nodig is.

e) Er is landelijk commitment bij alle betrokken partijen voor de rol die zij en hun achterban hebben in de uitvoering van de basisfunctionaliteit. Zowel landelijke als regionale en lokale partijen zijn daarop aanspreekbaar.

f) Er worden middelen gekoppeld aan de afspraken over basisfunctionaliteiten en ontwikkelagenda om de aanpakken en maatregelen op lokaal en regionaal niveau te financieren.

g) Wat betreft de financiering geldt dat de Zvw-besparing structureel kan worden ingezet in het sociaal domein als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:
   1) voldoende bewijslast over de verwachte besparing;
   2) de besparing wordt gerealiseerd door een intensivering van een bestaande of een nieuwe maatregel;
   3) dekking voor de gehele looptijd van de maatregel;
   4) een kabinetsbesluit over de maatregel.

Implementatie in de regio

Partijen zorg en sociaal domein in de regio werken bestuurlijke afspraken uit over hoe de samenwerking op de basisfunctionaliteiten en het mechanisme daaronder in hun regio vorm krijgt en welke (gezondheids)doelen op elk leefgebied bereikt moeten worden. Deze afspraken worden waar nodig een aanvulling op het regioplan (bijvoorbeeld via een addendum) en kunnen meelopen in de reguliere evaluatie en monitoring van het regioplan.

Voortdurende verbetering van de afspraken

Uit monitoring en evaluatie kan blijken dat een basisfunctionaliteit en/of het mechanisme niet werkt zoals beoogd. In dat geval wordt onderzocht wat de oorzaak hiervan is, en worden de bestuurlijke afspraken aangepast.

Bijvoorbeeld:

- Het is denkbaar dat de basisfunctionaliteit niet wordt uitgevoerd omdat de bestuurlijke afspraken niet volstaan. In dat geval wordt onderzocht of de afspraken aangescherpt kunnen worden zodat de basisfunctionaliteit wel wordt uitgevoerd. Als optie wordt verkend of de basisfunctionaliteiten moeten worden verankerd in wet- en regelgeving.
- Het is ook mogelijk dat de basisfunctionaliteit wel goed uitgevoerd wordt, maar inhoudelijk minder succesvol blijkt dan verwacht. Bijvoorbeeld als een gezonde leefstijl de zorg minder ontlast dan verwacht. In dat geval moet op basis van nieuwe inzichten opnieuw een afweging over de betreffende basisfunctionaliteit gemaakt worden.
- Een andere optie is dat de basisfunctionaliteit minder goed werkt dan beoogd omdat de instrumenten uit de gereedschapskist onvoldoende effectief zijn. Ook dit kan aanleiding zijn om te stoppen met de basisfunctionaliteit. In dat geval moet uiteraard wel scherp gekeken moet worden naar de ontwikkeling in het vakgebied en de potentie van interventies die in ontwikkeling zijn.

Gereedschapskist

Om de doelen te bereiken, beschikken partijen in de regio over een gereedschapskist aan (kosten)effectieve en onderbouwde aanpakken en interventies op het snijvlak zorg en sociaal. De gereedschapskist biedt vrijheid voor de regio om aanpakken en interventies uit te voeren die passen bij de regionale en lokale context.
De gereedschapskist is ook bedoeld om het effect van interventies en aanpakken door middel van een lerende aanpak te onderzoeken/onderbouwen en aanpakken en interventies die hun impact bewezen hebben verder te brengen.

Criteria voor de gereedschapskist

Om te bepalen welke interventies in de gereedschapskist kunnen landen worden er criteria opgesteld. Hierbij moet de impact van de interventie of aanpak duidelijk zijn evenals de opschaalbaarheid in verschillende regio's. Tegelijk moet het niet enkel om bewezen effectieve interventies gaan, maar moet het wel gaan om interventies die op enige manier hun impact op het beperken van zorgkosten en opschaalbaarheid bewezen hebben.
Er wordt een koppeling gemaakt tussen de criteria van de gereedschapskist en het investeringsmodel preventie.

Ontwikkeling van de gereedschapskist

De gereedschapskist kent een dynamisch karakter. We willen immers kennis doorontwikkelen om de inzet steeds effectiever te maken. Dat betekent dat het voor regio's mogelijk moet zijn om met aanpakken en interventies te werken die nog in ontwikkeling zijn. Het effect en de waarde van deze interventies en aanpakken worden met een lerende aanpak te onderzocht, zodat ze uiteindelijk kunnen landen in de gereedschapskist. Er wordt een procedure ontwikkeld voor regio's om interventies aan te melden voor een 'voorportaal' van de gereedschapskist om dit mogelijk te maken. Uitvoering van onderdelen van een transformatieplan kan zo'n lerende aanpak zijn.

Beheer van de gereedschapskist

Het beheer van de gereedschapskist wordt onder verantwoordelijkheid van ZN, VNG en VWS uitgewerkt, waarbij een landelijke partij eerste aanspreekpunt wordt. Deze partij werkt samen met (andere) kennispartijen voor advisering over effectiviteit en impact van interventies en aanpakken, zoals bijvoorbeeld het Zorginstituut, GGD GHOR Nederland, SWN, Trimbos, RIVM, Movisie en NJi. Hierbij wordt nadrukkelijk de koppeling gemaakt met de kennisinfrastructuur uit het GALA.

Het beheer moet een optimale gereedschapskist opleveren. Dat betekent dat er voldoende keuze uit aanpakken en interventies moet zijn om effectief aan te sluiten bij de lokale context, maar ook dat interventies uit de gereedschapskist worden verwijderd als blijkt dat zij onvoldoende van waarde zijn of als er duidelijk betere alternatieven voorhanden zijn. Uiteraard moet er in dergelijke gevallen een overgangsperiode zijn waarin regio's kunnen overstappen op betere interventies.

Een ander onderdeel van het beheer van de gereedschapskist is om informatie toegankelijk te maken voor regio's. Denk aan het inzichtelijk maken van verschillen in kosten, effectiviteit op diverse gezondheidsdoelen, of kostenbesparingen. Zo worden partijen op regionaal niveau gefaciliteerd om een onderbouwde keuze te maken voor de interventies die zij inzetten.

Ontwikkelagenda

Zoals uit voorgaande al duidelijk is, wordt er nog volop kennis ontwikkeld. Voor een goed zorgstelsel is het ook nodig om continu te ontwikkelen. Dit moet niet alleen op het niveau van de gereedschapskist (zoals in de vorige paragraaf is besproken), maar ook op het niveau van de basisfunctionaliteiten zelf. De basisfunctionaliteiten worden daarom periodiek geactualiseerd. Basisfunctionaliteiten kunnen worden toegevoegd als blijkt dat zij bijdragen aan het ontlasten van de zorg (hetzij financieel, hetzij op inzet van zorgpersoneel) of wanneer er een positief besluit is vanuit het investeringsmodel preventie. Voor deze lerende aanpak maken we een ontwikkelagenda.

[58] indien nodig wordt er een duiding gedaan

Samenstelling van de ontwikkelagenda
Suggesties voor basisfunctionaliteiten voor de ontwikkelagenda kunnen op verschillende manieren tot stand komen, zoals:
- Vanuit een transformatieplan;
- Vanuit landelijke partijen die betrokken zijn bij de bestuurlijke afspraken;
- Vanuit kennisinstituten.

De ingebrachte basisfunctionaliteiten worden getoetst aan de definitie van een basisfunctionaliteit,. Voor plaatsing op de ontwikkelagenda hoeft dus nog geen handreiking ontwikkeld te zijn, maar er moet wel een uitwerking zijn van de wederkerigheid en een beeld van het mechanisme.

Uitwerking van onderwerpen op de ontwikkelagenda
Onderwerpen op de ontwikkelagenda worden uitgewerkt volgens de criteria voor basisfunctionaliteiten.
Dit gebeurt door VNG, ZN en VWS, samen met betrokken partijen en passend binnen het mechanisme.
De prioritering binnen de ontwikkelagenda wordt bepaald door VNG, ZN en VWS.

Als de basisfunctionaliteit voldoende is uitgewerkt om aan de definitie te voldoen, wordt hij voorgelegd aan het BO IZA/AZWA. Bij akkoord wordt nader uitgewerkt (zie punt d onder ‘Definitie van een basisfunctionaliteit’ bij de beschrijving van de basisfunctionaliteiten), zodat hij efficiënt geïmplementeerd kan worden in de regio’s, binnen het mechanisme van de basisfunctionaliteiten. Bij het bepalen van de tijdlijnen wordt rekening gehouden met de inkoopprocessen van gemeenten en zorgverzekeraars.

Monitoring
De mechanisme van basisfunctionaliteiten is nieuw en ook de gereedschapskist is nog volop in ontwikkeling. Dat betekent dat goede monitoring nodig is om het mechanisme en de voortgang te volgen en waar nodig bij te sturen. Deze monitoring vindt plaats op verschillende niveaus. Dit wordt nog verder uitgewerkt, we denken daarbij in ieder geval aan de niveaus of afspraken uitgevoerd worden als beoogd, (kosten) effectiviteit van interventies en evaluatie van de basisfunctionaliteiten en het mechanisme.

Governance
Om landelijke afspraken te realiseren en door te ontwikkelen, is het belangrijk om in bestuurlijk verband een cyclus af te spreken waarin de voortgang wordt gemonitord en vervolgafspraken worden gemaakt. De exacte governance wordt nog uitgewerkt. De afspraken vallen onder het BO IZA/AZWA en worden daar afgestemd. VNG, ZN en VWS zijn de trekkers op dit dossier en betrekken de andere AZWA-partijen die een rol hebben bij de uitvoering van de basisfunctionaliteit, in dit proces.

Bijlage – Werkagenda team Rijksoverheid

Regie op de richting, ruimte voor oplossingen en ondersteuning om aan de slag te gaan[59].

De beweging naar passende zorg en inzetten op gezondheid is noodzakelijk en wenselijk. Noodzakelijk, omdat we als we niets doen afstevenen op een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort. En wenselijk, omdat passende zorg ook een kans is om de zorg mensgerichter en duurzamer te maken.

We zien dat er de afgelopen jaren veel gedaan is, onder meer in de uitvoering van de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA), maar we zijn er nog niet. Om de beweging minder vrijblijvend te maken, maken we in dit Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) afspraken over transitiedoelen. En om de stappen, die al gemaakt zijn, te bestendigen en richting en vaart te geven aan het vervolg komen daar doorbraakafspraken bij.
We vragen meer van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en vooral van hun onderlinge samenwerking. Door de gemeenten beter in positie te brengen versterken we de relatie tussen zorg en sociaal domein. En we betrekken degenen om wie het gaat – als zorgvrager, burger, premiebetaler – op alle niveaus meer.

We verwachten van alle partijen meer – dus ook van de rijksoverheidspartijen. We hebben daarin een eigen verantwoordelijkheid, maar willen ook transparant maken hoe we bijdragen als samenwerkende rijksoverheidspartijen. Naast de inzet van de rijksoverheidspartijen in de doorbraakafspraken, betekent dat dat we ook transparant zullen zijn in de activiteiten die we doen als onderdeel van onze onafhankelijke rollen als rijksoverheidspartijen. Deze partijen – VWS, NZa, ZIN en IGJ – zorgen daarom samen en ieder vanuit zijn eigen rol, voor regie op de **richting**, met ruimte voor de oplossingen en **ondersteuning** voor partijen om te kunnen transformeren. We zullen eind Q3 van 2025 komen met een planning voor de inzet van de activiteiten uit de werkagenda rijksoverheidspartijen. Dit stuk vormt een bijlage op het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord.

Richting
Er zijn grote opgaven in de zorg: een arbeidsmarkttekort, de toegang tot zorg en groeiende gezondheids-verschillen. De genoemde rijksoverheidspartijen nemen de verantwoordelijkheid om richting te geven op de maatschappelijke opgave. We gaan sturen op de transitiedoelen en daarmee de richting van het zorgstelsel. Zodat alle partijen aan de slag gaan met de belangrijkste maatschappelijke opgave in de zorg.

Ruimte
Er wordt nu onvoldoende ruimte ervaren om zelf uit te vinden en vanuit intrinsieke motivatie of gevoed door signalen uit de praktijk aan de slag te gaan. We moeten zorg meer richten op gezondheid en welzijn, de huidige financiële prikkels en kaders geven hier onvoldoende ruimte voor. Een groot aandeel van de patiënten krijgt onnodige zorg, kan eerder in het sociaal domein of eerste lijn geholpen worden of had geen patiënt hoeven worden als goed ingezet werd op preventie. Daarom gaan we zorgen voor ruimte.

Ondersteuning
Transformaties ontstaan niet van de ene op de andere dag en vragen veel inspanning van betrokken partijen. Als overheid sturen we hierop, maar willen we ook naast partijen gaan staan en hen het gevoel geven dat ze er niet alleen voor staan. Het bieden van ondersteuning is daarom cruciaal.

Staatscommissie
In aanvulling hierop speelt dat in het kader van de Motie Krul (kamerstuk nummer: TK, 29389-nr. 138) door het kabinet een staatscommissie wordt ingericht ten behoeve van onderzoek naar een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het zorgstelsel. Een staatscommissie is een onafhankelijke commissie in opdracht van het Kabinet. VWS zal bij de opdrachtverlening aan deze staatscommissie de veldpartijen en andere overheidspartijen betrekken. In het kader van het IZA en het AZWA zal VWS bij de voorbereidingen van de staatscommissie uiteraard ook nadrukkelijk aandacht hebben voor de afspraken die daarin gemaakt worden.

---

[59] De werkagenda team Rijksoverheid is een uitgifte van: ministerie VWS, IGJ, NZa, Zorginstituut Nederland. Stand van zake van de werkagenda wordt besproken aan de bestuurlijke tafel met IZA/AZWA partijen.

Vanuit onze rol in het AZWA:

1. We verbeteren normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden (C4)
2. We zorgen voor inzicht in de wachtlijsten voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars (C3)
3. We zorgen voor transparantie van kwaliteitsinformatie voor patiënten (E1)
4. We er als overheid op sturen dat alle partijen in de regio bijdragen aan de regio-opgave (D1, E4)
5. Domeinoverstijgend samenwerken en de beweging van zorg richting gezondheid een plaats te geven in financiering en bekostiging (D2, D5)
6. We verminderen administratieve lasten en regeldruk, in samenwerking met het veld. (A1-A4)
7. Elektronische gegevensuitwisseling als standaard in de zorg wordt versneld geïmplementeerd (A5)

Vanuit de onafhankelijke rol van de overheid

1. **We verduidelijken de zorgplicht:** Inwoners moeten kunnen rekenen op tijdige toegang tot passende ondersteuning en/of zorg als dat nodig is. Zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht een verantwoordelijkheid om die tijdige toegang tot passende zorg te borgen. Dit kunnen zij niet alleen. De toenemende schaarste vraagt om een goed samenspel tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders, overheidspartijen en het sociaal domein. We verduidelijken en scherpen waar noodzakelijk aan wat van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid vanuit wet- en regelgeving inclusief veldnormen wordt verwacht. Het gaat hierbij om de inspanningsverplichtingen van alle partijen, inclusief de overheid, in relatie tot de zorgplicht, de invulling van het begrip overmacht en het toezicht op de zorgplicht door de overheid. Dit geeft duidelijkheid voor de zorgverzekeraars, de verzekerden, de aanbieders en geeft daarmee rust. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars alles doen wat binnen hun mogelijkheden ligt om te komen tot tijdige en passende zorg. Daarbij houdt de NZa in het toezicht redelijkerwijs rekening met wat verwacht / mogelijk geacht kan worden van de zorgverzekeraars in relatie tot de stijgende zorgvraag en de situatie op de arbeidsmarkt.
2. **We monitoren de beweging naar passende zorg:** het Zorginstituut monitort en rapporteert jaarlijks de stand van de transitie op de 4 pijlers van passende zorg. Het is daarnaast van belang dat er op de transitiedoelen, zoals geformuleerd in het AZWA, gemonitord wordt en het is relevant dat we daar vanuit de rijksoverheid een rol in spelen. De rijksoverheidspartijen komen aan de hand van de monitor met aanbevelingen aan het BO IZA/AZWA voor bijsturing. Dit kan ook leiden tot normen waar richtlijnen en standaarden aan moeten voldoen.
3. **We verminderen regeldruk:** door met NZa en het Zorginstituut goede voorbeelden uit de Wlz naar de Zvw te vertalen met als doel om waar dat kan meer ruimte te bieden in de verantwoording en de administratieve lasten te verminderen. Daarnaast, naast de regiegroep regeldruk zal ook team overheid verantwoordelijkheid nemen om de regeldruk te beperken, we zorgen dat regeldruk als gevolg van (nieuwe) wet- en regelgeving en (nieuw) beleid zo beperkt mogelijk blijft, en we pakken vanuit het hele systeem bestaande vraagstukken op om de regeldruk te verminderen.
4. **We versterken burgerparticipatie en zeggenschap:** We ontwikkelen regionale netwerken van partijen en personen die werken aan meer gelijkwaardige betrokkenheid van burgers en patiënten (mensen om wie het gaat) bij vraagstukken over gezondheid, zorg en ondersteuning. Dit gebeurt via het ZonMw-programma: Infrastructuur beleidsparticipatie. Hiermee bevorderen we dat mensen om wie het gaat vertegenwoordigd zijn bij het zoeken naar en besluiten over regionale oplossingen voor regionale vraagstukken over Gezondheid, zorg en ondersteuning.
5. **We bieden hulplijnen aan:** bij impactvolle initiatieven die belangrijk zijn om de transitiedoelen te halen, zoals we reeds doen met de Vliegende Brigade die stagnatie in de goedkeuring van domeinoverstijgende transformatieplannen onderzoekt en doorbreekt.

Onverminderd gaan we verder met de afspraken van het IZA

Bovenstaande laat onverlet dat we onverminderd verder gaan met de uitvoering van de reeds gemaakte afspraken in het IZA, die bijdragen aan het geven van richting, ruimte en ondersteuning:

1. **Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB).** Om te verduidelijken welke zorg wel en niet passend is en bijdraagt aan de transitiedoelen verbeteren en verbreden we de toets op het basispakket.
2. **Vanuit toezicht een actieve leercultuur stimuleren.** Zorgaanbieders leren op verschillende manieren. Zij bewaken en beheersen de kwaliteit van geleverde zorg en verbeteren op basis hiervan. Zij zijn innovatief en creatief. De IGJ stelt passende zorg en de transitiedoelen centraal in haar toezicht. De IGJ gaat met zorgaanbieders en andere regio's in gesprek hoe zij de beweging naar passende zorg kunnen versnellen, door ook meer van elkaar te leren.
3. **Werkagenda risicoverevening.** We gaan verder op de ingeslagen weg, zoals die geland is in de onderzoeksagenda risicoverevening. Sinds het sluiten van het IZA is een belangrijke opbrengst inmiddels gerealiseerd: met de introductie van constrained regression in 2023 is het voor verzekeraars beduidend aantrekkelijker geworden om zich te richten op chronisch zieke verzekerden en daarmee te investeren in passende zorg voor hen.
4. **Ruimte voor innovatie te geven:** door ruimte te blijven geven aan innovatieve werkwijzen en samenwerkingen via de bestaande regelingen. Daar waar goede voorbeelden schaalbaar blijken, neemt de NZa deze op in de reguliere regelgeving.
5. **Alle benodigde informatie en nuttige kennis over transformaties bij elkaar te brengen:** bijvoorbeeld via de website www.integraalzorgakkoord.nl, het RegionetwerkVWS en het Platform Sociaal Domein.
6. **Een lerende aanpak te hanteren en signalen serieus te nemen:** We bespreken signalen in het juiste gremium en zijn aanspreekbaar als doorbraken op geagendeerde vraagstukken uitblijven.

De beweging naar passende zorg is geen rechte lijn van een beginpunt naar een eindpunt. Zorg en welzijn zijn op zichzelf al complex, en transformeren brengt meer complexiteit voor het simpel wordt. Passende zorg is bovendien nooit 'af'. We moeten aansluiten bij de behoeften van alle spelers en zorgen dat zij echt gehoord worden. De overheid moet de ontwikkelingen blijven volgen, alert blijven op knelpunten en ook openstaan voor nieuwe oplossingen. De hier genoemde afspraken en acties zijn daarom niet limitatief en uitputtend. De kracht zit in de samenwerking – ook binnen en met de rijksoverheid partijen. Wij geloven dat het geheel groter is dan de som der delen: samen brengen we de transitie tot stand.

Dit is een uitgave van:

- ActiZ
- De Nederlandse ggz
- Federatie Medisch Specialisten
- GGD GHOR Nederland
- InEen
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- Landelijke Huisartsen Vereniging
- MIND
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Nederlandse Zorgautoriteit
- Patiëntenfederatie Nederland
- Sociaal Werk Nederland
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Zelfstandige Klinieken Nederland
- Zorgthuisnl
- Zorginstituut Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Parnassusplein 5 | 2511 VX Den Haag
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport

augustus 2025