

**Aan de Minister van VWS**

De heer dr. E.J. Kuipers  
Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Per e-mail: [ministervws@minvws.nl](mailto:ministervws@minvws.nl)

Onderwerp           Vervolg implementatie zorgcoördinatie  
Datum                16 juni 2023  
Uw kenmerk  
Ons kenmerk        B-23-6202  
Contactpersoon     J.W. Verlijdsdonk

Sparrenheuvel 16  
Postbus 520  
3700 AM Zeist  
030 698 8911  
[info@zn.nl](mailto:info@zn.nl)  
[www.zn.nl](http://www.zn.nl)

Geachte heer Kuipers,

Zorgverzekeraars staan achter de doelstellingen van zorgcoördinatie zoals beschreven in het adviesrapport 'Advies voor Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie'. Zorgcoördinatie kan, in de vorm zoals het is beschreven in het adviesrapport, een belangrijke bijdrage leveren aan het toekomstbestendig organiseren van de acute zorg.

Op 12 mei jl. heeft u uw reactie op het adviesrapport 'Advies voor Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie' per brief naar de Kamer gestuurd. Wij vinden het positief om in uw Kamerbrief van 12 mei te lezen dat u ervoor kiest om in een gefaseerde aanpak vanuit een functionele benadering te starten. En dat u, wanneer blijkt dat een langs deze weg bereikt samenwerkingsverband de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorgcoördinatie goed borgt, bereid bent om te bezien of daarmee kan worden volstaan. Wij zijn enthousiast om op deze manier de implementatie op te pakken, omdat dit zorgt voor het benodigde draagvlak bij de betrokken zorgaanbieders in de regio's. Draagvlak is de sleutel om op korte termijn tot een succesvolle uitvoering te komen.

Gezien de knelpunten in de (acute) zorg is het van groot belang om zo snel mogelijk landsdekkende zorgcoördinatie te implementeren. Op basis van uw brief zien zorgverzekeraars mogelijkheden en kansen om, vanuit een functionele benadering, in de periode tot 1 januari 2025 betekenisvolle stappen te zetten in de implementatie van landsdekkende zorgcoördinatie. Als zorgverzekeraars hebben wij een goed beeld hoe wij dit vorm kunnen geven en hebben hiervoor een aanpak uitgewerkt, op basis van acht uitgangspunten. Deze aanpak is als bijlage opgenomen bij deze brief.

Zorgverzekeraars willen hun verantwoordelijkheid nemen, maar kunnen dat alleen doen als hier brede steun voor is op zowel macroniveau (landelijk), mesoniveau (ROAZ-regio) en microniveau (individuele zorgpartijen). Aan de voorkant moet helder zijn wat deze verantwoordelijkheid exact omvat, zodat duidelijk is waarop we kunnen worden afgerekend. Dat betekent dat moet zijn voorzien in de vier onderstaande kernelementen:

1. **Mandaat:** Het is aan de minister om de ROAZ-voorzitter en marktleider zorgverzekeraars de opdracht en het mandaat te geven om de regie te nemen bij de regionale implementatie van zorgcoördinatie op basis van de door ons voorgestelde functionele benadering. Daarbij moet er ruimte zijn voor bijsturing/aanpassing als nieuwe inzichten, ontwikkelingen of onvoorziene knelpunten dat noodzakelijk maken.

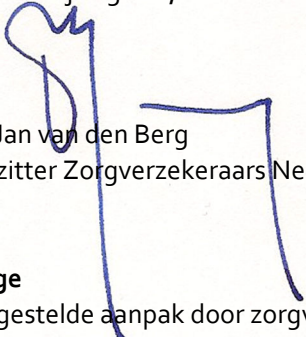
2. **Helder kader:** Het is aan het Ministerie van VWS en de betrokken zorgpartijen om in samenspraak vooraf een helder kader op te stellen waarin staat beschreven wat de scope is van zorgcoördinatie en binnen welk realistisch tijdsbestek de verschillende onderdelen van de implementatie gereed moeten zijn. Indien we als verzekeraars een voortrekkersrol gaan vervullen, willen we weten waar we op aangesproken kunnen worden. Met name moet helder zijn wanneer de implementatie (landsbreed en per regio) kwalificeert als succesvol en afdoende, waardoor verdere stappen zoals beschreven in scenario 3 uit het adviesrapport niet nodig zijn.
3. **Steun en commitment van aanbieders:** Zonder draagvlak en commitment van de betrokken zorgaanbieders is een succesvolle implementatie van zorgcoördinatie niet mogelijk. Daarom dienen de tien ROAZ-en in te stemmen met het mandaat voor de zorgverzekeraars en de ROAZ-voorzitters, en de voorgestelde aanpak. Aanbieders dienen zich binnen het ROAZ te committeren aan de doelen van zorgcoördinatie en actief te participeren.
4. **Voorzien in landelijke randvoorwaarden:** Het is noodzakelijk dat aan de voorkant aan de randvoorwaarden is voldaan; bijvoorbeeld ten aanzien van het opzetten van een landelijke programmastructuur, uitwisseling van patiëntgegevens en het inzichtelijk maken van capaciteit (voor de aanbieders binnen de scope van de opdracht). Indien de randvoorwaarden niet tijdig gerealiseerd zijn, schuift de deadline voor implementatie naar achteren. Het Ministerie van VWS heeft een voortrekkersrol om deze randvoorwaarden te realiseren. Zorgverzekeraars rekenen op VWS in deze rol.

Graag gaan wij na het Kamerdebat van 22 juni as. met uw ministerie en de andere betrokken partijen in gesprek over de door ons voorgestelde aanpak in de bijlage bij deze brief.

Mocht u vervolgens besluiten dat u positief staat tegenover de door ons voorgestelde aanpak en dus zorgverzekeraars samen met de ROAZ-voorzitters de opdracht geeft om de regie te nemen bij de regionale implementatie van zorgcoördinatie, dan ontvangen wij graag een schriftelijke reactie op deze brief, waarin u dit besluit kenbaar maakt, met het bijbehorend bestuurlijk mandaat en helder kader op basis van de 8 uitgangspunten in de bijlage.

In afwachting van uw reactie, verblijf ik,

met hartelijke groet,



Dirk Jan van den Berg  
Voorzitter Zorgverzekeraars Nederland

#### **Bijlage**

Vorgestelde aanpak door zorgverzekeraars en bijbehorende uitgangspunten

#### **Kopie verzonden aan**

LNAZ, InEen, ActiZ, AZN, LHV, NVZ, NFU, de Nederlandse ggz, NZa en PFN

## Bijlage

### Voorgestelde aanpak door zorgverzekeraars en bijbehorende uitgangspunten

Zorgverzekeraars hebben onderstaande aanpak uitgewerkt, op basis waarvan wij denken dat het realistisch is in de periode tot 1 januari 2025 betekenisvolle stappen te zetten in de implementatie van landsdekkende zorgcoördinatie. In deze aanpak beschrijven we wat veldpartijen van zorgverzekeraars mogen verwachten, maar ook wat vanuit het perspectief van zorgverzekeraars nodig is om tot een succesvolle implementatie te komen. In de door ons voorgestelde aanpak onderscheiden wij 8 uitgangspunten.

#### 1. Er is een heldere afbakening van de scope van zorgcoördinatie

Om te komen tot een effectieve implementatie van zorgcoördinatie en om te kunnen bepalen wanneer de implementatie succesvol is, moet de scope van zorgcoördinatie scherp worden afgebakend:

- De scope van zorgcoördinatie is de samenwerking tussen de huisartsenzorg in ANW-uren, onplanbare nachtzorg in de wijkverpleging, ELV-coördinatiefunctie en ambulancezorg bij niet-levensbedreigende situaties. (Daarbij wordt verbinding gemaakt met andere vormen van zorg, zoals acute GGZ en SEH's.)
- Zorgcoördinatie is gericht op:
  - Niet levensbedreigende spoedzorgvragen in de ANW-uren; en
  - Zorgverleners met een hulpvraag voor passende direct noodzakelijke vervolgzorginzet aansluitend op de acute zorgsetting.
- Zorgcoördinatie wordt uitgevoerd conform de in het adviesrapport 'Advies voor Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie' geschetste functies uit hoofdstuk 2 en 3.

#### 2. Implementatie vindt plaats vanuit een functionele benadering

Een functionele benadering betekent dat zorgcoördinatie wordt ingericht vanuit de bestaande zorgaanbieders in de regio, door middel van formele, niet vrijblijvende samenwerkingsafspraken. Deze worden in onderling overleg opgesteld door de betrokken regionale zorgpartijen. De afspraken worden vervolgens geborgd door deze voorwaardelijk te maken bij de inkoop van zorg door zorgverzekeraars. Deze inkoop vindt plaats binnen de bestaande stelselafspraken op basis van de huidige bekostiging, die uiteraard met de afspraken mee kan worden doorontwikkeld.

Door te kiezen voor een functionele benadering, kan een vliegende start worden gemaakt en het momentum rondom zorgcoördinatie worden behouden. Een functionele benadering vanuit bestaande zorgaanbieders kan naar verwachting op meer draagvlak rekenen bij zorgaanbieders dan een top-down opgelegde nieuwe entiteit. Een samenwerkingsovereenkomst en nieuwe manier van werken vraagt aan de voorkant een grote inspanning van alle partijen. Dit maakt wel dat afspraken zijn doorleefd en 'van' de betrokken partijen zijn. Onze ervaring is dat een dergelijke opbouw garandeert dat afspraken worden nagekomen.

Voordeel van een samenwerkingsverband vanuit bestaande zorgaanbieders is dat de medische eindverantwoordelijkheid aan de 'inbrengende' partijen blijft. In een samenwerkingsverband blijven de triagisten in eerste instantie in dienst van hun afvaardigende zorgaanbieder. We weten uit eerdere initiatieven dat dit de kans op verloop van personeel verkleint, terwijl in het zorgcoördinatiesamenwerkingsverband de kennis van de verschillende aanbieders juist behouden blijft en input kan zijn voor succesvolle triage en vervolgzorg in de keten, omdat mensen zich verbonden blijven voelen met hun werkgever en (oud) collega's.

Een functionele benadering kan alleen tot resultaat leiden als hiervoor bestuurlijke steun is vanuit de ROAZ-voorzitter, de ROAZ-partijen en het Ministerie van VWS.

### **3. Per regio zijn ROAZ-voorzitter en marktleider zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de aansturing van de implementatie en hebben hiervoor een bestuurlijk mandaat en helder kader**

Op dit moment ontbreekt een wettelijke basis voor zorgcoördinatie. Er is dus geen ander instrumentarium om de implementatie van zorgcoördinatie te realiseren, anders dan bestuurlijke afspraken per regio in combinatie met de inkoop door zorgverzekeraars. Daarom is ons voorstel om de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de implementatie per regio te beleggen bij de ROAZ-voorzitter en de marktleider zorgverzekeraars. De betrokken zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van zorgcoördinatie.

De ROAZ-voorzitter en de Zorgverzekeraar kunnen samen sturen op bestuurlijke afspraken en de zorgverzekeraar kan dit borgen vanuit de inkoop. De ROAZ-voorzitter kan, als vertegenwoordiger namens de aanbieders, sturen vanuit het belang en perspectief van de aanbieders. Zorgverzekeraars daarentegen kunnen sturen vanuit het perspectief van financier en het algemeen belang van zijn verzekerden (zorgplicht) en waar nodig tegenwicht bieden aan gevestigde belangen van aanbieders. Er is dus sprake van een balans en gedeelde verantwoordelijkheid; dit maakt een sterke combinatie. Bovendien ligt deze gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de implementatie in het verlengde van de in het IZA afgesproken gezamenlijke verantwoordelijkheid van ROAZ-voorzitter en marktleider zorgverzekeraars voor het opstellen van het ROAZ-beeld en -plan.

De verantwoordelijkheid van ROAZ-voorzitter en de marktleider zorgverzekeraars betreft vijf onderdelen:

- **Zorgcoördinatie opnemen in ROAZ-plan:** De ROAZ-voorzitter en marktleider zorgverzekeraars nemen het voortouw bij het opstellen van de ROAZ-plannen. Conform IZA-afpraak zal het ROAZ-plan worden gebruikt als instrument om zorgcoördinatie landsdekkend ingericht te hebben, de subregio's te bepalen en op hoofdlijnen afspraken te maken over doelen en tijdlijnen voor implementatie van zorgcoördinatie vast te stellen. In het ROAZ-plan wordt zorgcoördinatie in breder perspectief geplaatst, door te duiden wat deze ontwikkeling betekent voor de acute zorgketen en de verschillende veldpartijen in de ROAZ-regio (ook qua impact in de zorgketen en voor de inwoners merkbaar resultaat). Hiermee zorgen we dat zorgcoördinatie meer is dan de implementatie van structuren en dwingen we onszelf de merkbare impact voor burgers en zorgverleners leidend te maken.
- **Aansturing regionale kwartiermaker:** In elke ROAZ-regio wordt een regionale kwartiermaker aangesteld voor de implementatie van zorgcoördinatie. Deze aanstelling gebeurt door het ROAZ in afstemming met de marktleider zorgverzekeraars. Financiering vindt plaats vanuit het Ministerie van VWS. De ROAZ-voorzitter en marktleider zorgverzekeraars fungeren als gedelegeerd opdrachtgever voor de kwartiermaker en sturen deze aan. De kwartiermaker is op uitvoerend niveau verantwoordelijk voor de implementatie; de ROAZ-voorzitter en marktleider zorgverzekeraars voor aansturing vanuit hun bestuurlijke rol.
- **Opstellen regionale samenwerkingsafspraken:** De ROAZ-voorzitter en marktleider zorgverzekeraars zien toe op de totstandkoming van regionale samenwerkingsafspraken over de organisatie en uitvoering van zorgcoördinatie. Deze worden formeel vastgelegd; bijvoorbeeld in een regionaal samenwerkingsconvenant. De samenwerkingsafspraken kennen een aantal basisuitgangspunten die voor elke regio gelden; waar van toepassing kunnen deze worden aangevuld met regiospecifieke zaken. Basisuitgangspunten betreffen onder meer de beschrijving van de scope van zorgcoördinatie, de verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken partijen en het aanwijzen van een functionaris die namens het regionale zorgcoördinatiesamenwerkingsverband aanspreekbaar is voor de kwaliteit van de

zorgcoördinatie in de regio en als aanspreekpunt fungeert voor o.a. het ROAZ, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de IGJ.

- **Totstandkoming implementatieplan:** De komende periode wordt per (sub-)regio een implementatieplan zorgcoördinatie opgesteld door de regionale zorgpartijen. De regionale kwartiermakers zullen samen met zorgverzekeraars en het ROAZ-bureau de regionale zorgaanbieders stimuleren en faciliteren bij de totstandkoming van deze plannen en de voortgang monitoren. Indien dit plan aan de voorwaarden voor een impactvolle transformatie voldoet, kunnen waar nodig transformatiemiddelen worden ingezet.
- **Monitoring implementatie en resultaten:** De ROAZ-voorzitter en marktlieder zorgverzekeraars zien toe op de monitoring van de implementatie en de resultaten van zorgcoördinatie en het bespreken daarvan met de regionale zorgpartijen om te komen tot verdere verbetering en doorontwikkeling op basis van een PDCA-cyclus.

#### 4. Participatie aan zorgcoördinatie is niet vrijblijvend

Zorgcoördinatie kan alleen slagen als alle desbetreffende zorgaanbieders in elke regio actief participeren. Dat betekent dat zij capaciteit vrijmaken voor zorgcoördinatie, bereid zijn de in het adviesrapport 'Advies voor Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie' geschetste functies uit hoofdstuk 2 en 3 uit te voeren en conform de IZA-afspraken en ROAZ-plan en regionale samenwerkingsafspraken mee gaan werken aan zorgcoördinatie (op basis van functionele omschrijving, met minimale eisen, KPI's, etc.) en dat zij een verplichtende niet vrijblijvende samenwerking daaromtrent aangaan. Dit betekent ook dat zorgaanbieders bereid moeten zijn de daarvoor noodzakelijke informatie te delen en inzicht te geven in beschikbare capaciteit.

De ROAZ-voorzitter zal ROAZ-partijen hier op wijzen en zorgverzekeraars zullen vanuit de inkoop hier op sturen. Ook het Ministerie van VWS heeft een belangrijke rol om partijen actief op dit niet-vrijblijvende aspect te wijzen. Waar nodig vragen wij het Ministerie aanvullende maatregelen te nemen om de informatie-uitwisseling en het inzichtelijk maken van capaciteit (wettelijk) te borgen. Verder hebben ook de brancheorganisaties een belangrijke rol bij het ondersteunen van de beweging naar zorgcoördinatie en het stimuleren van hun leden om actief te participeren.

#### 5. Er is duidelijk wat gebeurt op het niveau van de ROAZ-regio en het niveau van de subregio's

In uw Kamerbrief van 12 mei jl. geeft u aan dat per ROAZ-regio één zcc komt, maar dat daarbij meerdere werklocaties mogelijk zijn en dat bestaande samenwerkingsverbanden hierbij ook een rol kunnen spelen. Dit past bij een functionele benadering, want daarbij hoort dat waar mogelijk wordt aangesloten op goedlopende bestaande samenwerkingen.

De focus van zorgcoördinatie in de dagelijkse praktijk ligt bij huisartsenzorg in ANW-uren, onplanbare nachtzorg in de wijkverpleging, ELV-coördinatiefunctie en ambulancezorg bij niet-levensbedreigende situaties. Juist bij zorgcoördinatie is onderlinge verbondenheid en het kennen van de regionale situatie van dichtbij cruciaal. In verschillende regio's zijn al goedlopende samenwerkingen op subregio-niveau. Vanuit dit perspectief ligt het zwaartepunt van zorgcoördinatie op een schaal die kleiner is dan de meeste ROAZ-regio's. Tegelijkertijd is het belangrijk om afspraken te maken op ROAZ-niveau (conform het door u geformuleerde uitgangspunt) om te zorgen voor schaalvoordelen en uniformiteit die het mogelijk maakt om capaciteiten uit te wisselen.

Op basis van bovenstaande overwegingen is ons voorstel dat per ROAZ-regio algemene afspraken, een kwaliteitskader en randvoorwaarden worden geformuleerd. Per ROAZ-regio is er één systeem en het inzicht in

de actuele capaciteit van de zorg is in de hele regio gelijk. De verdere praktische invulling vindt plaats met zorgaanbieders per subregio. Dat betekent dat grote ROAZ-en in grote ROAZ-regio's kunnen besluiten hun regio te splitsen in maximaal twee of drie subregio's, conform het adviesrapport 'Advies voor Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie'. Deze aanpak kan naar verwachting rekenen op draagvlak bij zorgaanbieders en sluit aan bij de veranderende politieke context waarbij de passende schaal binnen de regio steeds belangrijker wordt, zoals ook in het IZA is onderschreven.

## 6. Zorgverzekeraars zorgen voor een gecoördineerde inkoop van zorgcoördinatie met effectieve sturing op de minimale eisen waaraan zorgcoördinatie moet voldoen

Alle zorg die betrekking heeft op zorgcoördinatie wordt ingekocht middels inkoop in representatie of volgbeleid (zie onderstaande tabel). Daarmee is de inkoop al sterk gestroomlijnd.

Zorgsoort	Wijze van inkoop	Huidige schaal	De
HAP	<b>Representatie:</b> Per HDS kopen de eerste en tweede zorgverzekeraar de zorg namens alle zorgverzekeraars in.	51 HDS-en	
MKA	<b>Representatie:</b> Per MKA kopen de eerste en tweede zorgverzekeraar de zorg namens alle zorgverzekeraars in.	11 MKA's	
Coördinatiefunctie onplanbare nachtzorg wijkverpleging	<b>Volgbeleid:</b> Zorgverzekeraars volgen afspraken met marktleider (vanaf 1 januari 2024). (Hiermee wordt ook al voor een deel invulling gegeven aan systeemfunctie vanuit IZA.)	51 HDS-regio's	
ELV-coördinatiepunt	<b>Volgbeleid:</b> Zorgverzekeraars volgen afspraken met marktleider.	44 ELV-coördinatiepunten	

schaal waarbinnen de verschillende zorgsoorten worden ingekocht verschilt echter, waardoor per subregio andere zorgverzekeraars betrokken kunnen zijn. Om effectief te kunnen sturen op de totstandkoming en uitvoering van zorgcoördinatie zijn zorgverzekeraars bereid om met elkaar afspraken te maken, om per (sub)regio de zorginkoop van HAP, MKA, coördinatiefunctie onplanbare nachtzorg en coördinatiefunctie ELV op een effectieve manier te organiseren en in elke regio hiervoor een coördinerend zorgverzekeraar aan te wijzen.

Om de kwaliteit en doelmatigheid van zorgcoördinatie in elke regio te borgen, stellen zorgverzekeraars, met consultatie van de andere bij zorgcoördinatie betrokken landelijke partijen, een leidraad zorgcoördinatie op met een set met minimale eisen en KPI's op waaraan zorgcoördinatie moet voldoen. Deze leidraad biedt een handvat voor de inkoop van zorgcoördinatie en voor de af te sluiten samenwerkingsovereenkomsten. We publiceren de leidraad op onze website. We gebruiken 2024 om de leidraad op pilotbasis toe te passen en hiervan te leren. Voor de inkoop van zorgcoördinatie vanaf 2025 zullen we de leidraad verder aanscherpen en onderdeel maken van ons inkoopbeleid.

Voor wat betreft minimale eisen waaraan zorgcoördinatie moet voldoen en die in de leidraad zullen staan, kan worden gedacht aan:

- Er zijn door alle betrokken partijen ondertekende regionale samenwerkingsafspraken waarin is vastgelegd hoe regionale zorgpartijen samenwerken ten aanzien van zorgcoördinatie.

- Het is duidelijk wie namens het regionale zorgcoördinatiesamenwerkingsverband aanspreekbaar is voor de kwaliteit van de zorgcoördinatie in de regio en als aanspreekpunt fungeert voor o.a. het ROAZ, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de IGJ.
- Zorgcoördinatie vindt plaats conform de in het adviesrapport 'Advies voor Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie' geschetste functies uit hoofdstuk 2 en 3.
- Er is helder gedefinieerd hoe passende zorg kaders zijn toegepast op zorgcoördinatie, zodat triage maximaal gericht is op passende zorg.
- Er is een functionerend digitaal systeem voor zorgcoördinatie waarbij de capaciteit van in ieder geval HAP, onplanbare nachtzorg wijkverpleging, ELV, RAV en SEH inzichtelijk is en waarbij verantwoordelijkheden zijn belegd.
- Alle relevante patiëntgegevens zijn inzichtelijk voor de triagisten.
- Medewerkers voldoen aan de vastgestelde competentieprofielen, zijn aantoonbaar bekwaam ten aanzien van vastgestelde EPA's en de supervisie / overlegstructuur is aantoonbaar georganiseerd.
- Er wordt gewerkt op basis van uniforme urgentieclassificatie en geharmoniseerde protocollen.
- Digitale zelftriage is beschikbaar voor patiënten.
- Er zijn met de betrokken partijen heldere afspraken overeengekomen ten aanzien van KPI's, het inzichtelijk maken daarvan ten behoeve van monitoring en bijsturing en vaste evaluatiemomenten.

Zorgverzekeraars maken samen met de NZa en zorgaanbieders afspraken over het inzichtelijk maken van de kosten voor zorgcoördinatie met als doel erop te kunnen sturen dat het geheel van zorgcoördinatie binnen de financiële macrokaders past. Ook moet worden gemonitord op een efficiëntere inzet van zorg, waardoor toenemende zorgvraag binnen de huidige of afnemende capaciteit kan worden opgevangen; inzicht in inzet personeel is dus ook een essentieel.

## **7. De beoogde wijze van zorgcoördinatie past binnen de mededingingsregels**

Bij het inrichten van zorgcoördinatie is het van belang om te voldoen aan vigerende wet- en regelgeving; onder meer ten aanzien van mededinging. In ons gesprek van 9 mei jl. heeft u meermaals aangegeven dat zorgcoördinatie nadrukkelijk niet gaat over spreiding van volumes; het is dus niet bedoeld als LCPS of RCPS. Zorgcoördinatie betreft dus uitsluitend gecontracteerde capaciteit; wat niet aangeboden wordt, kan ook niet worden geclaimd. (Vergelijkbaar met bevolkingsonderzoek darmkanker.) Wij zouden bovenstaande graag schriftelijk bevestigd zien, omdat waarborgt dat het zcc niet gaat treden in de rol van zorgverzekeraars ten aanzien van spreiding, kwaliteitseisen en andere aspecten van inkoop.

Voorts is het voor zorgverzekeraars belangrijk dat de ACM zich vooraf positief uitspreekt over de plannen voor zorgcoördinatie om te voorkomen dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars na implementatie worden geconfronteerd met een werkwijze die niet is toegestaan vanuit mededingingsperspectief. Wij willen uw ministerie vragen om hiertoe een gesprek te organiseren met de ACM en de vertegenwoordigende branchepartijen.

Ten aanzien van landelijke patiëntenspreiding heeft u in ons gesprek aangegeven dat hiervan alleen sprake is in geval van rampen en crisis en alleen voor wat betreft acute zorg. Ook dit zouden wij graag schriftelijk bevestigd zien. Overigens vragen wij ons af of deze taak automatisch en direct kan worden toevertrouwd aan de zorgcoördinatiecentra. Hiervoor is een nadere analyse noodzakelijk.

## **8. Er wordt voorzien in voor zorgcoördinatie noodzakelijke randvoorwaarden (landelijk niveau)**

Voor een succesvolle implementatie is het noodzakelijk dat aan de voorkant aan de randvoorwaarden is voldaan. Het Ministerie van VWS heeft een voortrekkersrol om deze randvoorwaarden te realiseren. Daarnaast hebben de brancheorganisaties een rol in het helpen vertalen van deze randvoorwaarden naar de praktische context van zorgcoördinatie in de regio's.

Deze randvoorwaarden betreffen in ieder geval:

- De totstandkoming van een landelijk passende zorg kader voor zorgcoördinatie.
- Het inrichten van een landelijke programmastructuur inclusief een Bestuurlijk Overleg Zorgcoördinatie en daaronder een Kernteam Zorgcoördinatie; beide met vertegenwoordigers van de betrokken veldpartijen (waaronder ZN) én VWS. Deze programmastructuur heeft als doel:
  1. Sturen op realiseren landelijke randvoorwaarden;
  2. Monitoring voortgang implementatie;
  3. Onderlinge afstemming tussen partijen en de verbinding tussen microniveau (individuele zorgpartijen), mesoniveau (ROAZ-regio) en macroniveau (landelijk).
- Het mogelijk maken van uitwisseling patiëntgegevens tussen de verschillende bij zorgcoördinatie betrokken zorgaanbieders, waaronder voltooiing van het programma Met Spoed beschikbaar.
- Het (verplicht) inzichtelijk maken van capaciteit door de bij zorgcoördinatie betrokken zorgaanbieders, dit op grond van landelijk vastgestelde kaders.
- De totstandkoming van een uniforme sectoroverstijgende urgentieclassificatie en geharmoniseerde protocollen.
- Het opstellen competentieprofielen en EPA's voor multidisciplinaire triagisten.
- Het opstellen van een (landelijke) implementatiemonitor inclusief KPI's.
- Het vaststellen van een set uniforme KPI's en afspraken over de monitoring van de effecten van zorgcoördinatie.