

Vervolg redeneerlijn

Zorgverzekeraars en de regio

Zorgverzekeraars Nederland | Juni 2019



Inhoudsopgave

INLEIDING	2
1. DE BASIS OP ORDE	3
1.1 Acute zorg	3
1.2 Samenwerkingsagenda met gemeenten	5
2. RUIMTE VOOR VERNIEUWING	7
2.1 Uit onze 'redeneerlijn' <i>Basis op orde, ruimte voor vernieuwing</i>	7
2.2 Uit de kamerbrief van 20 juni 2019	8
2.3 Regiobeeld en opgave	8
2.4 De aanspreekbare zorgverzekeraar	10
2.5 Andere ontwikkelingen	10
2.6 Gespreksleidraad	11
3. ZICHTBAARHEID VERGROTEN	12
4. WERKAGENDA	13
Bijlage 1: verantwoordelijke zorgverzekeraars per regio	14
Bijlage 2: Werkagenda	15
Bijlage 3: Beknopt verslag AO Spoedzorg LUMC/Bronovo	18

INLEIDING

In de 'redeneerlijn' *Basis op orde, ruimte voor vernieuwing* heeft het ZN-bestuur vastgelegd hoe de zorgverzekeraars invulling willen geven aan de in de 'hoofdlijnenakkoorden (HLA's) vastgelegde afspraken. In het bijzonder gaat het daarbij over balans. Balans tussen enerzijds dat deel van de zorg waarvoor de zorgverzekeraars in gezamenlijkheid verantwoordelijkheid nemen ('*de basis op orde*') en anderzijds de transformatieopgave in brede zin ('*ruimte voor vernieuwing*'). Zorgverzekeraars geloven bij de transformatieopgave in brede zin in competitie en onderscheid, maar hebben, in het belang van verzekerden, uitgesproken wel elkaars succesvolle innovaties te willen volgen.

In bilaterale contacten met stakeholders én op het zorgverzekeringscongres in De Lutte bleek deze lijn op draagvlak bij partijen te kunnen rekenen. Maar ook werd duidelijk dat stakeholders de lijn in de praktijk niet altijd herkennen en dat concretisering en het beter zichtbaar maken van inspanningen noodzakelijk is. Bij die concretisering zijn inmiddels, met name in de BCZ, de eerste stappen gezet. Maar, zo bleek ook in de vorige bestuursvergadering, op een aantal punten moeten we nadere invulling geven aan de gemaakte afspraken.

Deze notitie zet eerst nog eens precies op een rij wat we inmiddels hebben uitgewerkt:

- De werkafspraken ten aanzien van de acute zorg, inclusief de indeling in regio's en de daar aanspreekbare zorgverzekeraars.
- De samenwerkingsagenda met gemeenten, gericht op het kunnen bieden van integrale zorg over schotten heen.

Vervolgens gaan we in op nog openstaande punten én op de vraag hoe we een en ander met elkaar beter zichtbaar kunnen maken.

1. DE BASIS OP ORDE

1.1 Acute zorg

Zorgverzekeraars garanderen dat voor iedere verzekerde de toegang tot de acute zorgketen, geboorte- en spoedeisende huisartsenzorg en de coördinatiefuncties voor het eerstelijnsverblijf gewaarborgd is, mits voldoende aantallen zorgprofessionals worden opgeleid. De twee marktleiders in de regio voelen zich daarvoor verantwoordelijk en zijn daarop als eerste aanspreekbaar. Zij zullen daarvoor de benodigde partijen betrekken, waaronder andere zorgverzekeraars met een groot marktaandeel (zover mogelijk binnen de grenzen van de mededinging). In de bijlage is opgenomen welke zorgverzekeraars zich voor welke regio verantwoordelijk voelen om de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te waarborgen.

'Congruent gedrag' en de acute zorg

Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om samen met zorgaanbieders tot goede afspraken te komen gericht op kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Op verzoek van een zorgaanbieder kunnen zorgverzekeraars in elke situatie de afweging maken of zij zich aansluiten bij afspraken tussen de zorgaanbieder en andere zorgverzekeraars.

Het organiseren van zogenoemd 'congruent gedrag' is de taak en verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder moet zijn vernieuwingsidee 'verkopen'. Wel realiseren zorgverzekeraars zich dat ze moeten zorgen dat er een werkbare situatie blijft bestaan en dat verschillen tussen zorgverzekeraars implementatie van succesvolle vernieuwing niet in de weg staan.

In een situatie waarbij de zorgplicht, specifiek t.a.v. de acute zorgketen, in het geding is, vinden zorgverzekeraars dat de argumenten om tot congruente afspraken tussen zorgverzekeraars te komen zwaarder wegen in het belang van toegankelijke en kwalitatief goede zorg voor patiënten, dan de argumenten om je als zorgverzekeraar te onderscheiden ten behoeve van eigen verzekerden. Dit geldt zowel voor situaties die per direct om acties van zorgverzekeraars vragen als om situaties die de marktleider de komende twee jaar verwacht en die van invloed kunnen zijn op de zorgplicht.

Zorgverzekeraars zullen op initiatief van de marktleider afspraken maken over de hierbij gewenste mate van congruent handelen en verwachten van gemeenten een soortgelijke aanpak (uitwerking in werkstructuur samenwerking ZN-VNG-VWS).

De invulling van de rol van de marktleider in de regio voor de acute zorg:

1. De marktleiders zijn altijd betrokken bij inkoop acute zorgketen en zorgen voor een samenhangend inkoopbeleid;
2. Marktleiders zijn betrokken als representant of als inkoper voor de eigen verzekerden;
3. De marktleiders zijn aanspreekbaar voor partijen in de regio en voor andere zorgverzekeraars;
4. De marktleiders hebben - binnen hun mogelijkheden - zicht op belangrijkste uitdagingen en risicofactoren binnen de acute zorgketen in de komende 2 jaar;
5. De marktleiders nemen initiatief als meer congruentie nodig is, op onderdelen van acute zorgketen waar inkoop in concurrentie plaatsvindt. Marktleiders doen dit als zij inschatten dat de situatie hier direct of in de komende twee jaar om vraagt en het overgrote deel van de andere zorgverzekeraars deze analyse delen;
6. De marktleiders zorgen dat dit tijdig besproken wordt met andere zorgverzekeraars (incl. onderbouwing waarom congruent gedrag nodig is);
7. Zorgverzekeraars maken indien nodig afspraken over mate van congruentie, vanuit het belang van toegankelijkheid en kwaliteit patiëntenzorg, passend binnen de regels voor mededinging;
8. De marktleiders kunnen geen congruentie afdwingen.

Omvang van verantwoordelijkheid voor acute zorg

Zorgverzekeraars voelen zich in dezen verantwoordelijk voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de acute zorg. Zorgverzekeraars rekenen de onderstaande zorgsoorten tot de acute zorg waarvoor deze afspraken zijn gemaakt, waarbij er onderscheid bestaat voor de manieren waarop zorgverzekeraars hier al dan niet op samenwerken.

- Huisartsenposten, ambulancezorg (inclusief Mobiel Medisch Team), acute GGZ¹ (vanaf 2020) en farmaceutische spoedzorg. Deze worden allen in representatie ingekocht;
- WLZ-crisiszorg: deze zorg wordt door de zorgkantoren ingekocht;
- Coördinatiefuncties eerstelijnsverblijf, deelname aan het ROAZ. Voor deze onderdelen van de acute zorg hebben zorgverzekeraars afspraken gemaakt over congruent handelen;
- Spoedeisende hulp inclusief traumazorg en acute verloskunde. Voor deze onderdelen van de acute zorgketen geldt dat zorgverzekeraars hiervoor een concurrerende markt zien. Dat laat onverlet dat zorgverzekeraars zich bewust zijn van de kwetsbaarheid van deze beschikbaarheids- en bereikbaarheidsfuncties en daarop uiteraard ook aanspreekbaar zijn.

¹ Voor de acute GGZ wordt per 2020 gewerkt met een representatiemodel, waarin marktleiders van zorgverzekeraars in 28 regio's sluitende afspraken maken met GGZ-crisisdiensten. Dit representatiemodel wordt ondersteund door een budgetmodel van de NZa, gebaseerd op vergoeding van beschikbaarheid en mogelijk gemaakt door een aanwijzing van VWS, die de mededinging buiten haken plaatst. Het budgetmodel is gebaseerd op de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP). Zowel budgetmodel als GMAP worden per 1 juli 2019 definitief door besluitvorming van de Raden van Bestuur van NZa en Zorginstituut en treden per 1 januari 2020 in werking.

Zorgverzekeraars en het ROAZ

Zorgverzekeraars zijn aanspreekbaar en hebben zicht op belangrijkste uitdagingen en risicofactoren in de acute zorgketen in de komende 2 jaar. Dit betekent dat zij kennis nemen van de discussies in het ROAZ. Daarom sluit een vertegenwoordiger van de marktleders, met voldoende integraal, strategisch kennisniveau van de acute zorg en met voldoende mandaat, aan bij bestuurlijke overleggen van het ROAZ of laat zich vertegenwoordigen door een andere zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars informeren de ROAZ-en welke contactpersonen per regio aansluiten bij het bestuurlijke ROAZ. De overige zorgverzekeraars dragen er zorg voor dat ze goed op de hoogte zijn van wat speelt binnen het ROAZ en sluiten daar in hun inkoopbeleid op aan, een en ander in overeenstemming met hetgeen zij hierover onderling hebben afgesproken.

1.2 Samenwerkingsagenda met gemeenten

Aanleiding voor de gemaakte afspraken

Voor het leveren van integrale zorg aan mensen is het noodzakelijk dat zorgaanbieders binnen de huidige zorginfrastructuur meer en beter gaan samenwerken. Het zijn de verschillende financiers die dit mogelijk moeten maken. Het is essentieel dat waar de reguliere zorg (Zvw/Wlz/Jeugdwet) en reguliere ondersteuning (Wmo) elkaar raken en nodig hebben, de zorgaanbieders adequaat kunnen op- en afschalen tussen verschillende soorten dienstverlening, zonder dat inwoners, cliënten en patiënten daar iets van merken. Regionale samenwerking tussen de drie financiers is daarmee voorwaardelijk om de doelstellingen van *de Juiste Zorg op de Juiste Plek* (JZOJP) voor de zorgaanbieders te realiseren.

Uitgangspunten van de werkstructuur

VNG en ZN hebben met VWS afgesproken om gezamenlijk te komen tot een landsdekkende samenwerkingsagenda en werkstructuur voor de drie financiers van het Nederlandse stelsel van ondersteuning en zorg (gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren) op tenminste de onderwerpen GGZ, ouderen en preventie. Naast houvast en inzicht voor alle betrokken regionale partijen (financiers, patiënten, inwoners en zorgaanbieders) geeft deze werkstructuur ook duidelijke regionale aanspreekpunten waardoor snel geschakeld kan worden tussen regionale partijen onderling en - indien nodig – tussen regionale en landelijke partijen. De werkstructuur moet bijdragen aan het verbeteren van samenwerking tussen de financiers wat de integrale zorg door de zorgaanbieders mogelijk maakt ten behoeve van alle Nederlandse patiënten en inwoners.

De volgende afspraken zijn gemaakt:

1. Zorgkantorregio's fungeren als uitgangspunt voor regionale indeling (afwijkingen zijn mogelijk);
2. Gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren zorgen voor een duidelijke vertegenwoordiging richting elkaar en voor onderlinge afstemming in eigen kring;
3. De regio's bepalen zelf de inhoudelijke agenda en ambitie;
4. Regionaal bestuurlijk eigenaarschap staat voorop;
5. De werkstructuur voorkomt verrassingen in de gehele bestuurlijke keten;
6. Een periodiek venster op het samenwerkingsproces biedt voor alle partijen transparantie en meer mogelijkheden voor snelle(re) anticipatie.

Twee keer per jaar bespreken VNG en ZN in een bestuurlijk overleg de voortgang en mogelijke obstakels daarbij. Via de lijn van de directies van VNG en ZN kan in voorkomende gevallen tussentijds om hulp worden gevraagd.

In september worden door VNG en ZN zes gezamenlijke bijeenkomsten georganiseerd. Doel van de bijeenkomsten is om elkaar te ontmoeten en te komen tot de eerste inhoudelijke agenda's en ambities. Ook wordt het periodieke venster gepresenteerd, waarmee regio's inzicht geven in de stand van zaken van de samenwerking.

Periodieke venster

In het periodieke venster op het samenwerkingsproces ligt de focus op de kwaliteit van de samenwerking tussen de drie financiers. In dit overzicht wordt zichtbaar gemaakt in hoeverre de samenwerking de betrokken partijen tot tevredenheid stemt. De informatie uit het venster op het samenwerkingsproces is openbaar voor alle betrokken partijen, zowel op regionaal als landelijk niveau. De vragen (ter invulling van het venster) worden periodiek (één keer per jaar) uitgezet onder gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Bij positieve en negatieve uitschieters kan overwogen worden om in gesprek te gaan met regio's als daar bij regionale partijen behoefte aan is. In positieve gevallen kunnen *best practices* voor andere regio's inzichtelijk worden gemaakt en bij negatieve gevallen kan geïnventariseerd worden in hoeverre er een ondersteuningsbehoefte is.

Als uit het venster blijkt dat de regionale partijen niet tevreden zijn met de samenwerking, ligt in eerste instantie altijd "de bal bij de regio's". Het is de verantwoordelijkheid van de regionale aanspreekpunten en/of gesprekspartners die aan tafel zitten om hier iets mee te doen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het ondernemen van actie om de samenwerking te verbeteren of het zoeken naar ondersteuning op landelijk niveau.

Voor VNG, ZN en VWS is het venster op het samenwerkingsproces vooral een 'vinger aan de pols': Hoe het gaat met de samenwerking in de regio's? Voor de VNG en ZN is het in feite een instrument om relevante veranderingen in de regionale samenwerking

tijdig met VWS te communiceren (in de halfjaarlijkse bestuurlijke overleggen). Het biedt bijvoorbeeld mogelijkheden voor het tijdig signaleren van politiek-gevoelige kwesties. Landelijke partijen ondernemen geen actie, tenzij partijen uit de regio expliciet om ondersteuning vragen. In januari 2020 vindt de eerste meting (nulmeting) voor het periodieke venster op het samenwerkingsproces plaats.

2. RUIMTE VOOR VERNIEUWING

2.1 Uit onze 'redeneerlijn' *Basis op orde, ruimte voor vernieuwing*

In de Hoofdlijnenakkoorden is vastgelegd dat: "**partijen een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk.** Waar dit niet tot stand komt **nemen de inkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) het initiatief** en zullen samen met zorgaanbieders, professionals en patiëntenorganisaties zorgen dat dit gebeurt. Dit beeld wordt vertaald in individuele contractering waarbij partijen hun eigen verantwoordelijkheid in het zorgstelsel behouden. Hierbij streven zowel aanbieders als inkopers congruentie na. Partijen kunnen elkaar aanspreken op elkaars bijdrage om de gedeelde opgave aan te pakken.

Zorgverzekeraars voorzien dat regiobeelden de feiten voor een regio bevatten om te zorgen dat 'de basis op orde' is. Regiobeelden gaan niet over plannen hoe vernieuwing moet worden gerealiseerd. **Zorgverzekeraars met veel verzekerden in een regio of gemeente zijn erop aanspreekbaar dat dit feitelijk beeld tot stand komt.** Dit beeld wordt gedeeld met andere partijen die actief zijn in een regio, als basis voor te maken keuzes in relatie tot de doelstellingen en financiële kaders uit de Hoofdlijnenakkoorden.

Het regionale feitelijke beeld leidt, aldus de Hoofdlijnenakkoorden, niet tot centrale regie of tot centrale systemen van monitoring of verantwoording. Het is een middel om de veranderende zorgvraag in lijn te brengen met het benodigde zorgaanbod, gericht op een toereikend zorgaanbod."

De vetgedrukte passages in bovenstaande tekst vragen om een concreet antwoord van de zorgverzekeraars. Het uitgangspunt is dat er 'geen centrale regie' en 'geen centrale vormen van monitoring of verantwoording' zullen zijn. We hebben in de hoofdlijnenakkoorden ook afgesproken dat we met de partijen 'de voortgang bespreken, leren van ervaringen en aanjagen en ondersteunen als daar aanleiding voor is'. Onze handtekeningen onder de HLA's én hetgeen we hebben vastgesteld in onze 'redeneerlijn' verplichten ons om aan stakeholders te laten zien welke (tussen)resultaten we boeken.

2.2 Uit de kamerbrief van 20 juni 2019

Op 20 juni 2019 heeft minister Bruins de Tweede Kamer geïnformeerd over de voortgang van *de Juiste Zorg Op de Juiste Plek*. In zijn brief staat onder andere het volgende:

"ZN heeft bijvoorbeeld het voortouw genomen en aangegeven hoe zij hun rol zien bij de ontwikkeling van het gedeelde beeld in de regio" (p1)

Dit naar aanleiding van de brief van ZN aan de TK van 12 februari 2019, waarin we hebben geschreven dat zorgverzekeraars inzichtelijk zullen maken welke twee zorgverzekeraars (met de meeste verzekerden in een bepaalde regio of gemeente) als eerste aanspreekbaar zijn voor andere partijen in de zorg, waaronder ook gemeenten. En dat deze twee zorgverzekeraars er ook op aanspreekbaar zijn dat een feitelijk beeld tot stand komt van de sociale en gezondheidssituatie en opgaven in de regio, gemeente of wijk.

Uit de brief van de minister: *"Het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek begint bij een goed beeld van de regio. Het maken van dit gedeelde regiobeeld is geen doel op zich, maar een middel tot actie en samenwerking. Op basis van het regiobeeld wordt er gekeken naar: Wat doen we al goed in de regio en wat kan beter? Welke zorg heeft deze regio in de toekomst nodig en hoe anticiperen we daarop met elkaar? Het gedeelde beeld vormt de basis waarop een breed gedragen regiovisie kan worden bepaald: Hoe laten we in de toekomst de zorg- en ondersteuning aansluiten bij de behoefte van mensen? Gegeven het regiobeeld en de regiovisie maakt elke partij - vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid - afspraken over de organisatie van zorg en ondersteuning. Het gedeelde regiobeeld geeft daarmee richting aan de inkoop door gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren en aan de manier waarop aanbieders de zorg zo organiseren dat de patiënt zich het best geholpen voelt in zijn dagelijks functioneren."* (p6)

De minister maakt onderscheid tussen regiobeeld en regiovisie. Onze inzet vanuit de redeneerlijn *Basis op orde, ruimte voor vernieuwing* richt zich nadrukkelijk op het *feitelijk beeld*, maar we zullen ook met elkaar moeten bepalen wat het gemeenschappelijk kader is waarbinnen we invulling geven aan die visie.

2.3 Regiobeeld en opgave

In de HLA's is afgesproken dat er een feitelijk beeld van de regio wordt gemaakt ten behoeve van het in gang zetten van de transformatie². Nergens in de akkoorden is

² HLA MSZ, artikel 2.1c : Tussen het bestuurlijke commitment op nationaal niveau en het in de praktijk waarmaken van de juiste zorg op de juiste plek, is het nodig dat partijen een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk. Waar dit niet tot stand komt nemen de inkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) het initiatief en zullen samen met zorgaanbieders, professionals en patiëntenorganisaties zorgen dat dit gebeurt. Dit beeld wordt vertaald in individuele contractering waarbij partijen hun eigen verantwoordelijkheid in het zorgstelsel behouden. Hierbij streven zowel aanbieders als inkopers congruentie na. Partijen kunnen elkaar aanspreken op elkaars bijdrage om de gedeelde opgave aan te pakken.

verder uitgewerkt wat de definitie is van een feitelijk beeld van de regio. Datzelfde geldt voor de visie. Zorgverzekeraars zijn van mening dat de invulling van het beeld en de opgave ook per regio kan verschillen, afhankelijk van de aard en urgentie van door partijen in de regio ervaren problemen. Wel zijn we het eens over het belang om met elkaar een gemeenschappelijke basis te definiëren.

Voorstel voor een gemeenschappelijke definitie:

- Zorgverzekeraars verstaan onder een *feitelijk beeld* van de regio een analyse van de toekomstig vraag en aanbod van zorg in een regio, gericht op 1) de acute zorg³, en 2) de drie belangrijkste knelpunten op andere onderdelen van zorg. Het feitelijk beeld komt tot stand samen met andere stakeholders in de regio, zodat overeenstemming is over de uitgangspunten op basis daarvan aan de opgave kan worden gewerkt.
- Zorgverzekeraars verstaan onder *de opgave in een regio, gemeente of wijk* dat samen met de stakeholders in de regio, gemeente of wijk is vastgesteld welke zaken nodig zijn om de acute zorg op orde te brengen en/of te houden en op welke wijze dit een plek krijgt in de zorginkoop, zodat de basis op orde is. Daarnaast verstaan zorgverzekeraars onder 'de opgave in een regio, gemeente of wijk' dat met stakeholders is vastgesteld op welke wijze de in het feitelijk beeld gesignaleerde drie knelpunten geadresseerd moeten worden en op welke wijze dit een plek krijgt in de zorginkoop.

Om partijen te ondersteunen bij het maken van het feitelijk beeld van de regio heeft VWS het RIVM gevraagd om een basisdataset te ontwikkelen waar alle partijen in Nederland gebruik van kunnen maken. Recent is daarom www.regiobeeld.nl gelanceerd. Deze website geeft inzicht in de stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen over gezondheid, zorg en welzijn in de regio. Men vindt er cijfers en visualisaties over zorggebruik, zorgaanbod, gezondheid & leefstijl, bevolkingsontwikkeling, sociale en fysieke omgeving.

Daarnaast beschikt Vektis over een schat aan (deels openbare) gegevens die door zorgverzekeraars en andere partijen gebruikt kunnen worden bij de vorming van een regiobeeld. ZN bespreekt met Vektis of de openbare informatie uit de gemeentezorgspiegel kan worden toegevoegd aan www.regiobeelden.nl, waarmee een nog completer beeld ontstaat. Als partijen aanvullende informatie wensen kan er maatwerk geleverd worden per regio, wijk of gemeenten.

Ten slotte heeft de minister in zijn brief van 20 juni 2019 ook nog diverse hulpmiddelen geschetst. Het is aan partijen in de regio om met elkaar te bepalen hoe en van welke gegevens gebruik wordt gemaakt.

³ Onderdeel van de acute zorg-basis op orde: HAP/SEH, traumazorg, ambulancezorg, acute huisartsenzorg, acute GGZ, acute verloskunde, acute farmaceutische zorg, ELV-coördinatie en WLZ-crisis zorg

2.4 De aanspreekbare zorgverzekeraar

Onder 'regio' verstaan zorgverzekeraars de historische regio's waarvoor zij uitgesproken hebben zich verantwoordelijk te voelen voor de basis op orde (acute zorg). Deze verantwoordelijkheid nemen zorgverzekeraars ook voor het feitelijk beeld en de opgave van de betreffende regio, volgens de hierboven geschetste definitie. Indien nodig zoomen zorgverzekeraars in op het niveau van de gemeente of wijk. De noodzaak hiervoor wordt door iedere zorgverzekeraar zelf, in overleg met regionale stakeholders, bepaald.

Dit sluit aan bij de toezeggingen die zorgverzekeraars gedaan hebben in hun brief aan de Tweede Kamer van 12 februari 2019:

- Zorgverzekeraars zullen inzichtelijk maken welke twee zorgverzekeraars (met de meeste verzekerden in een bepaalde regio of gemeente) als eerste aanspreekbaar zijn voor andere partijen in de zorg, waaronder ook gemeenten;
- Deze twee zorgverzekeraars zijn er ook op aanspreekbaar dat een feitelijk beeld tot stand komt van de sociale en gezondheidssituatie en opgaven in de regio, gemeente of wijk.

Met het oog op de aanspreekbaarheid van zorgverzekeraars en de herkenbaarheid van de gekozen aanpak zal de regio-indeling aan stakeholders kenbaar worden gemaakt. De betrokken zorgverzekeraars zullen in de regio het gesprek met regionale stakeholders aangaan om te bevorderen dat er gemeenschappelijk beeld en een door partijen gedragen opgave in de regio ontstaat.

2.5 Andere ontwikkelingen

Er zijn nog een aantal andere ontwikkelingen die van invloed zijn op de vernieuwing die zorgverzekeraars voorstaan. Deze ontwikkelingen worden door zorgverzekeraars betrokken in de aanpak per regio, maar vragen ook aandacht op landelijk niveau. Het ZN-bureau zal dit in nauwe samenwerking met de bestuurscommissies verder oppakken (zie ook de werkagenda, bijlage 2)

- De krapte op de arbeidsmarkt is en blijft een risico, zowel voor onze zorgplicht als voor de transformatie in het kader van de zorg op de juiste plek. Zorgverzekeraars kiezen hierin positie door bij de transformatie te sturen op vormen van zorg die dezelfde output met minder menskracht bieden.
- Partijen kijken met argusogen naar de inzet van transformatiegelden. In juli publiceert de NZa de monitor transformatiegelden. In een te organiseren werkconferentie in september worden goede voorbeelden met elkaar gedeeld.
- Op welke wijze nemen zorgverzekeraars geslaagde innovaties van elkaar over? De minister heeft aangegeven per regio vijf verschillende thema's te willen opschalen. Hoe gaan zorgverzekeraars hiermee om? Hoe laten zorgverzekeraars zelf zien dat ze geslaagde innovaties overnemen?

- Het is cruciaal dat de basiszorginfrastructuur op orde komt. Het is een belangrijke randvoorwaarde om de transitie 'de juiste zorg op de juiste plek' te versnellen; zeker in combinatie met een toenemende arbeidskrachte. Het thema zal de komende maanden eveneens op de agenda staan; zorgverzekeraars jagen het thema actief aan bij de betrokken partijen om tot een versnelling te komen.

2.6 Gespreksleidraad

Om te faciliteren dat de goede inhoudelijke en financiële afspraken worden gemaakt in de contractering 2020 hebben GGZ Nederland, MeerGGZ en ZN bovendien een gespreksleidraad voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders ontwikkeld. Deze gespreksleidraad is opgebouwd uit vier inhoudelijke thema's (de juiste zorg op de juiste plek, voorkomen van over- en onderbehandeling, zorgen voor wachttijdbegeleiding en het vergroten van de beschikbare capaciteit) en een financieel thema (contractering). De leidraad helpt om focus aan te brengen en te concretiseren waar de schoen wringt.

Het voorstel is een gelijksoortige gespreksleidraad te maken ten aanzien van de juiste zorg op de juiste plek, het vervolg op onze redeneerlijn *Basis op orde, ruimte voor vernieuwing*, als onderlegger voor de inkoopgesprekken en contractering. Deze leidraad begeleidt dan de gesprekken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, door suggesties te geven voor onderwerpen waarover gesproken zou kunnen worden, om zo te ondersteunen in de concretiseringslag van de opgave in de regio.

V&VN heeft kennis genomen van onze gespreksleidraad voor wachttijden GGZ en heeft recent aangeboden samen te willen werken met zorgverzekeraars aan een gespreksleidraad arbeidsmarkt. Er ligt nog geen besluit of we op hun aanbod willen ingaan, maar het sluit naadloos aan bij het feit dat we arbeidsmarkt als thema benoemd hebben voor dit jaar, het levert het concrete resultaat op en draagt bij aan onze positionering op het thema.

3. ZICHTBAARHEID VERGROTEN

In de HLA's hebben we vastgelegd **wat** de zorgverzekeraars gaan doen. In onze redeneerlijn *Basis op orde, ruimte voor vernieuwing* en in deze notitie werken we uit **hoe** we daar – deels gezamenlijk – invulling aan geven. Gezien het feit dat voor stakeholders de inspanningen van zorgverzekeraars niet altijd voldoende zichtbaar zijn, is het nodig dat besluitvorming over het **hoe**, aanvullend op de redeneerlijn, spoedig wordt afgerond. Direct daarna zal het ZN-bureau het '**hoe**' actief uitdragen richting politiek en landelijke stakeholders. Zorgverzekeraars doen hetzelfde in hun eigen netwerk, met name in de regio's waar ze zelf het voortouw nemen.

Maar het gaat natuurlijk niet alleen om de beleidslijn. Reputatie wordt voor 90% bepaald door gedrag. De uitdaging ligt in het nog beter zichtbaar maken wat we doen. Echte bewijsvoering wordt geleverd door concrete activiteiten en resultaten in de praktijk. Er gebeurt al veel, er zijn mooie initiatieven, maar we kunnen dit nog beter over het voetlicht brengen. Om onze reputatie te versterken én om centrale monitoring door de overheid te voorkomen zullen we extra stappen zetten.

Het is dus noodzaak de komende maanden de zichtbaarheid fors te vergroten. In de richting van diverse landelijke stakeholders (Tweede Kamer, NZa, VWS, Patiëntenfederatie, NVZ etc.), maar zeker ook richting het grote publiek en de samenwerkingspartners in de regio. Daarbij hoeft het niet alleen te gaan om afgeronde projecten. Integendeel. Juist door te laten zien dat zorgverzekeraars bezig zijn (met regiobeelden, de dialoog aangaan en waar nodig het initiatief nemen), maken we verbinding en werken we aan maatschappelijk draagvlak voor onze rol en positie.

Zorgverzekeraars laten daarom in hun aanpak allereerst zien dat ze stakeholders actief betrekken. Verder is binnen de BCZ is afgesproken dat iedere zorgverzekeraar in ieder geval twee casestudies maakt die laten zien welke stappen er reeds gezet zijn in het kader van de transformatie naar *de Juiste Zorg Op de Juist Plek*. Dit is in de zomerperiode een mooie eerste stap.

Gezien de inspanningen van zorgverzekeraars liggen er volop kansen. Het vraagt om interne afstemming (denk aan communicatie, commercie, zorginkoop etc.) en samenwerking met (regionale) partners, want het is sterker om het verhaal samen met een verzekerde of zorgverlener te vertellen. En het vraagt om samenwerking tussen de zorgverzekeraars en hun branchevereniging, zodat ZN de informatie kan gebruiken in het contact met Haagse stakeholders en andere koepels.

4. WERKAGENDA

Een voor stakeholders zichtbare en herkenbare inzet van zorgverzekeraars bij het borgen van de zorgplicht en bij het vernieuwen van de zorg is cruciaal voor onze reputatie en onze geloofwaardigheid. Het is echter wel een complexe opgave, die – zoals we steeds onderstreept hebben – regionaal verschillend gestalte zal krijgen en een grote inzet van de zorgverzekeraars vraagt. Daar komt bij dat echte vernieuwing vaak over domeinen heen gaat en op grenzen van wet- en regelgeving kan stuiten.

Vanwege dit alles heeft het ZN-bureau een werkagenda opgesteld (zie bijlage 2) om aan de hand daarvan te monitoren of we op schema liggen en om te borgen dat nieuwe aandachtspunten adequaat binnen de vereniging worden opgepakt.

Binnen de BCZ zijn portefeuillehouders benoemd:

- De heren Gerrits (ZK) en Gijzen (CZ) voor het thema 'de basis op orde' (de acute zorg);
- En de heren Gerrits (ZK) en Van Eijck (Menzis) voor de transformatieopgave.

Voorstel is ook binnen het bestuur twee portefeuillehouders te benoemen die binnen het bestuur eerste aanspreekpunt zijn en primair betrokken zijn bij de bestuurlijke overleggen en overige contacten met HLA-partijen over JZOJP. Samen met de BCZ-vertegenwoordigers, directie en betrokken medewerkers van het ZN-bureau kunnen zij waar nodig als vraagbaak en/of aanjager optreden.

Bijlage 1: verantwoordelijke zorgverzekeraars per regio

Regio	Primair verantwoordelijk	Secundair verantwoordelijk	Tertiair verantwoordelijk
Regio Amstelland en De Meerlanden	Zorg & Zekerheid	Zilveren Kruis	
Regio Amsterdam	Zilveren Kruis	VGZ	
Regio Apeldoorn/Zutphen	Zilveren Kruis	Menzis	Eno
Regio Arnhem	Menzis	Zilveren Kruis	VGZ
Regio Drenthe	Zilveren Kruis	Menzis	VGZ
Regio Flevoland	Zilveren Kruis	VGZ	
Regio Friesland	De Friesland	VGZ	
Regio Groningen	Menzis	Zilveren Kruis	VGZ
Regio Haaglanden	CZ	Menzis	
Regio Kennemerland	Zilveren Kruis	VGZ	
Regio Noord-Oost Brabant	VGZ	CZ	
Regio Midden-Holland	VGZ	Zilveren Kruis	
Regio Midden-IJssel	Eno	Zilveren Kruis	
Regio Nijmegen	VGZ	Menzis	CZ
Regio Noord- en Midden Limburg	VGZ	CZ	
Regio Noord Holland Noord	VGZ	ZK	
Regio Rotterdam	ZK	VGZ	
Regio 't Gooi	Zilveren Kruis	VGZ	
Regio Twente	Menzis	Zilveren Kruis	
Regio Utrecht	Zilveren Kruis	VGZ	a.s.r.
Regio Waardenland	VGZ	CZ	
Regio Midden-Brabant	VGZ	CZ	
Regio West Brabant	CZ	VGZ	
Regio Zaanstreek/Waterland	Zilveren Kruis	VGZ	ONVZ
Regio Zeeland	CZ	VGZ	
Regio Zuid Holland Noord	Zorg & Zekerheid	Zilveren Kruis	
Regio Zuid Hollandse Eilanden	CZ	Zilveren Kruis	
Regio Zuid Oost Brabant	CZ	VGZ	
Regio Zuid-Limburg	CZ	VGZ	
Regio Zwolle	Zilveren Kruis	VGZ	
Regio Westland Schieland Delfland	DSW	Zilveren Kruis	Menzis

Bijlage 2: Werkagenda

1. Basis op orde

Actie	Wanneer	Wie	Pagina
1. Communiceren aangewezen vertegenwoordiger zorgverzekeraars voor elk ROAZ-overleg	Uiterlijk juli 2019	Zorgverzekeraars	p.5
2. Concretisering VNG-ZN-werkagenda	Najaar 2019	ZN-bestuur	p.5
3. Opzet regionale werkstructuur gemeenten-zorgverzekeraars met herkenbare aanspreekpunten	Start begin zomer – 1 ^e helft 2020 gereed	Zorgverzekeraars	p.5
4. Halfjaarlijks overleg VNG-ZN over voortgang werkstructuur	Start begin zomer	ZN-directie	p.6
5. Zestal bijeenkomsten voor opzet eerste inhoudelijke agenda's en ambities + presentatie periodiek venster	Start september 2019	ZN-directie	p.6
6. Jaarlijkse update periodiek venster, waarmee regio's inzicht geven in de stand van zaken van de samenwerking	Start januari 2020	ZN-directie	p.6

2. Ruimte voor vernieuwing

Actie	Wanneer	Wie	Pagina
7. Vaststellen definities regionaal beeld	Juni 2019	ZN-bestuur	p.9
8. Vaststellen en bekendmaking van de twee (drie) marktleiders die in de regio verantwoordelijk en aanspreekbaar zijn en betrekken benodigde partijen in de regio	Juni 2019	ZN-bestuur	p.9
9. Zorgverzekeraars stellen feitelijk regiobeeld op: analyse zorgvraag en -aanbod acute zorg (met groslijst knelpunten komende 4 jaar)	Najaar 2019	Zorgverzekeraars	p.9
10. Zorgverzekeraars stellen, samen met regionale partijen, de opgave voor de regio op met oplossingen voor de 3 prioritaire knelpunten.	2 ^e helft 2019 – 1 ^e helft 2020	Zorgverzekeraars	p.9
11. ZN inventariseert met Vektis welke bijdrage Vektis kan leveren aan samenstellen regiobeeld (oa. ism RIVM voor www.regiobeelden.nl)	Zomer 2019	ZN-directie	p.9

12. Arbeidsmarkt: inzetten op arbeidsbesparend beleid en innovatie	Start per direct	Zorgverzekeraars (BCZ/BCVU)	p.10
13. Werkconferentie transformatiegelden	September 2019	ZN-directie	p.10
14. Actief sturen op het op orde krijgen van de basiszorginfrastructuur (digitalisering) . Als afspraak uit het HLA MSZ vormt dit een cruciale randvoorwaarde voor de verbeteringen in de acute zorgketen.	Start per direct	BVCU	p. 11
15. Opstellen gespreksleidraad voor JZOJP (conform gespreksleidraad-ggz)	September 2019	ZN-directie	p. 11

3. Zichtbaarheid vergroten

Actie	Wanneer	Wie	Pagina
16. Zichtbaarheid vergroten van inzet zorgverzekeraars in de regio (niet alleen afgeronde projecten, maar ook proces en deelresultaten)	Start per direct	Zorgverzekeraars ism ZN	p.12
17. Per zorgverzekeraar twee uitgewerkte casestudies in het kader van de transformatie naar <i>de Juiste Zorg Op de Juist Plek</i>	Juli 2019	Zorgverzekeraars	p.12

4. Ondersteunende acties

Actie	Wanneer	Wie
18. Bespreken redeneerlijn <i>Basis op orde, ruimte voor vernieuwing</i> met landelijke stakeholders	Gereed	ZN-directie
19. Communiceren uitwerking redeneerlijn <i>Basis op orde, ruimte voor vernieuwing</i> en regio-indeling	Start begin zomer	ZN-directie
20. Ronde langs de leden: het ZN-bureau laat zich bijpraten door de bij de zorgverzekeraar verantwoordelijke medewerker voor het thema 'juiste zorg op de juiste plaats'.	Zomer 2019	ZN-directie
21. Inzicht in voortgang in verenigingsverband t.b.v. invullen verwachtingen stakeholders	September 2019	ZN-directie
22. Vaststellen communicatie voortgang regiobeelden	September 2019	ZN-bestuur
23. Voortgang werkgenda bespreken in BCZ	Sept 2019, januari 2020, juni 2020	BCZ

Bijlage 3: Beknopt verslag AO Spoedzorg LUMC/Bronovo

26 juni 2019

Bewindspersoon: Minister Bruins

Fracties: CDA, SP, GroenLinks, D66, VVD, PVV.

Belangrijkste toezeggingen / uitspraken:

- **LUMC/Bronovo:**
 - o De aanwezige fracties willen weten hoe het kan dat de signalen over druk SEH van medewerkers LUMC niet zijn gehoord (Nieuwsuur-uitzending);
 - o De minister gaat navraag doen bij ROAZ Leiden op welke manier het gesprek is gevoerd over de druk op de SEH;
 - o De minister meldt dat zorgverzekeraars op de hoogte waren van druk en na uitzending Nieuwsuur ook extra informatie hebben opgevraagd bij LUMC en ROAZ;
 - o De minister licht toe dat sluiting SEH Bronovo in goed overleg is gegaan binnen HMC-groep.

- **Samenwerking om patiëntenstops SEH te voorkomen:**
 - o De minister komt uiterlijk september terug op de motie Van den Berg (CDA) over inzicht in aantal patiëntenstops per SEH. Hij onderstreept dat bij levensbedreigende situaties patiënten altijd geholpen worden.
 - o Minister houdt wel rekening met stijging van aantal patiëntenstops. Ook in Amsterdam is een stijgende lijn te zien.
 - o Er is dus meer samenwerking nodig vindt de minister om toegang acute zorg te waarborgen.
 - o Minister vindt dat er een flink tandje bij moet.

- **AMvB acute zorg:**
 - o Minister meldt dat ROAZ-en al handelen naar AMvB;
 - o ROAZ moet stevige positie in nemen mbt gehele acute zorg keten (zie ook rol eerstelijns).
 - o Opdracht ROAZ: 1) snel handelen bij problemen, 2) overleggen met betrokken zorgverzekeraars en zorgaanbieders, 3) voor definitief besluit maatregelen voorleggen aan gemeente/bewoners, 4) op basis van input continuïteitsplan opstellen.

- **Rol eerste lijn:**
 - o GroenLinks vraagt aandacht voor goede in-, door- en uitstroom patiënten in acute zorgketen.
 - o Minister stelt dat de eerstelijns grote rol heeft bij vroegsignalering en daarmee instroom SEH kan verminderen.
 - o De minister wil daarom huisartsen en wijkverpleging betrekken bij ROAZ-overleg.

- **Regiobeelden:**
 - o Na vraag CDA en GroenLinks zegt de minister dat hij dit najaar eerste regiobeelden van zorgverzekeraars verwacht en uiterlijk volgend jaar zijn de regiobeelden compleet;
 - o De regiobeelden zijn in zijn ogen een foto van de feitelijke situatie. Omdat de situatie kan veranderen is bijstelling na verloop van tijd nodig. Het regiobeeld vormt de basis waarop partijen met elkaar in gesprek gaan over de noodzakelijke veranderingen.

- **Visie op acute zorg:**
 - o De minister komt voor het zomerreces met een brief over het ziekenhuislandschap, oa.
 - Gezondheidsraad doet onderzoek naar betere norm acute zorg (als alternatief van de huidige 45-minutennorm);
 - Ambulancezorg: brief gestuurd om ambulancezorg te zien als niet-economische dienst;
 - Inzet HLA huisartsenzorg om ELV te verbeteren.
 - o Minister komt in najaar met *agenda acute zorg* (samen met partijen van de drie hla: MSZ, huisartsen en wijkverpleging)
 - o Minister wil daarna met hla-partijen werken aan houtskoolschets acute zorg: basis op orde. Schets moet in het voorjaar 2020 klaar zijn.
 - o Minister wil zich ook buigen over financiering acute zorg tegen het licht houden: minder silo's en meer samenwerking.