



Onderdeel C.

Regionale samenwerking – samenwerking in de acute zorg

Alle mensen in Nederland moeten erop kunnen rekenen dat wanneer zij een spoedzorgvraag hebben, zij tijdig toegang krijgen tot de juiste zorg, op de juiste plek, van goede kwaliteit. Daarbij gaat het zowel om het bredere begrip van acute zorg, waarmee zorg als antwoord op een vanuit de beleving van de patiënt acute zorgvraag wordt bedoeld, en het smallere begrip van acute zorg dat zorg betreft die zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, moet worden verleend om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Een beperkt deel van de acute zorg valt in de categorie levensbedreigende en/of complexe acute zorg die in een gespecialiseerd centrum dient plaats te vinden en waarvoor geldt: zo lang, zo intensief en zo veraf als het moet. De meeste acute zorg kan op een locatie dicht bij de patiënt of zelfs in de thuish situatie worden gegeven; daarbij geldt: zo kort en zo nabij als het kan. Het borgen van de toegankelijkheid tot en kwaliteit van acute zorg is een belangrijke maatschappelijke opgave voor alle partijen in de acute zorgketen.

De toegankelijkheid van de acute zorg staat onder druk; vooral op piekmomenten en buiten kantoortijden is de capaciteit regelmatig ontoereikend. Dat komt door structurele krapte op de arbeidsmarkt in combinatie met een stijgende zorgvraag en hogere verwachtingen van patiënten over het altijd beschikbaar zijn van zorg. Daarbij speelt bovendien de toenemende complexiteit van een deel van de spoedzorgvraag als gevolg van multi-morbiditeit en domeinoverstijgende problematiek. Ook wachttijden bij de planbare zorg spelen een rol. Het acute zorglandschap moet binnen enkele jaren ingrijpend transformeren, om met de beperkte beschikbare mensen en middelen de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor elke Nederlander te kunnen blijven garanderen. Afwachten is geen optie.

Passende acute zorg is ketenzorg die past bij de regionale context. Daarbij zijn afstemming en samenwerking nodig om te zorgen voor een sluitend netwerk van spoedzorgvoorzieningen in elke regio, met een passend aanbod voor de verschillende patiëntgroepen. De komende jaren wordt actief ingezet op

het voorkomen van acute zorg en het stimuleren van het maatschappelijk debat hierover. In de acute zorgketen moet vergaand worden samengewerkt om te zorgen dat iedereen spoedzorg van goede kwaliteit krijgt, de in-, door- en uitstroom van patiënten binnen de keten te stroomlijnen, de juiste zorg op de juiste plek en het juiste moment te leveren, zwaardere zorg(-vragen) waar mogelijk te voorkomen en het daarbij optimaal inzetten van bijvoorbeeld digitale zorg. Voor de inrichting van het acute zorglandschap worden er duidelijke keuzes gemaakt ten aanzien van de inzet van schaars personeel en concentratie van faciliteiten, waarbij het borgen van de toegankelijkheid van de acute zorg een belangrijke randvoorwaarde is. Belangrijke randvoorwaarden om deze veranderopgave te realiseren moeten zijn ingevuld. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen met landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de acute zorgketen vormt een belangrijke leidraad.

Om de acute zorg toekomstbestendig te maken, hebben de betrokken IZA-partijen onderstaande afspraken gemaakt.

1. Voorkomen van acute zorg

- a. Partijen spreken af om het voorkomen van acute zorg een prioriteit te maken in hun beleid. Dit betreft onder meer het inzetten op goede voorlichting, preventie en vroegsignalering, advance care planning, het borgen en versterken van goede samenwerking tussen eerstelijns inclusief wijkverpleging, ouderenzorg, GGZ, jeugdzorg en sociaal domein. Digitale hulpmiddelen kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. Deze aspecten komen terug in andere hoofdstukken van het IZA alsook afspraken tussen zorgpartijen.
- b. Een belangrijk deel van de spoedzorgvragen kan ook thuis of in de eerste lijn geadresseerd worden, door een wijkverpleegkundige, verloskundige, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, revalidatiearts, verpleegkundig specialist, jeugdverpleegkundige, iemand van een ambulante geriatrie team of professional uit het sociaal domein. Daarbij is waar van toepassing ook aandacht voor de sociale situatie, eventuele multimorbiditeit en combinatieproblematiek. Deze zorg thuis is in het bijzonder relevant voor mentaal kwetsbare doelgroepen en ouderen met een kwetsbare gezondheid. Zo kan (zwaardere) acute zorg worden voorkomen.
- c. Voor mensen waarbij multiproblematiek speelt en die te vaak een appél doen op de acute zorg via de meldkamer ambulancezorg, huisartsenpost of SEH, wordt door betere samenwerking tussen partijen in de regio ingezet op snellere toeleiding naar passende hulp; hetzij binnen de zorg, hetzij daarbuiten. Hierover zijn concrete afspraken gemaakt in de IZA-onderdelen 'Versterking organisatie basiszorg' en 'Samenwerking sociaal domein-huisartsenzorg-ggz'.
- d. Zoals beschreven in het IZA-onderdeel 'Digitalisering en gegevensuitwisseling' wordt vanuit de medisch specialistische zorg ingezet op telemonitoring van patiënten

met chronische ziekten als hartfalen en COPD, waardoor verslechtering tijdig kan worden herkend en behandeld.

- e. Gepast gebruik van spoedzorg moet zoveel mogelijk worden gestimuleerd. Partijen dragen ieder actief bij aan goede informatievoorziening aan patiënten over verwachtingen ten aanzien van acute zorg en met welke zorgvraag patiënten waar terecht kunnen (een niet-medische zorgvraag hoort niet in medisch domein thuis). Het Ministerie van VWS heeft daarin een faciliterende rol en stelt budget beschikbaar om dit verder vorm te geven.
- f. Een belangrijk deel van de spoedzorgvragen betreft patiënten met een onderliggende (chronische) aandoening. Het gaat bijvoorbeeld om patiënten met complicaties van een oncologische behandeling of patiënten met toenemende benauwdheidsklachten bij COPD met comorbiditeit. Om de al dan niet ongedifferentieerde en vaak meer complexe spoedzorgvragen van deze patiënten effectief, tijdig en passend te kunnen behandelen en verergering van de acute situatie te voorkomen, is het van belang dat relevante medische informatie over hun onderliggende aandoening(en) beschikbaar is in de acute setting en om deze patiënten waar mogelijk zorg te verlenen vanuit hen bekende behandelaren/ instellingen.
- g. Bovenstaande beleidsmaatregelen moeten onder meer resulteren in een afname van het percentage kwetsbare ouderen en patiënten met GGZ-problematiek op de SEH en van het aantal SEH-bezoeken van patiënten met hartfalen en COPD.

2. Zorgcoördinatie en triage

- a. Iedere patiënt is uniek en iedere patiënt heeft een unieke (spoed)zorgvraag. Het is van belang om te zorgen dat iedere patiënt goede informatie en een zo passend mogelijk zorgaanbod krijgt.
- b. Zorgcoördinatie draagt bij aan betere samenwerking binnen de acute zorgketen, zodat iedereen de juiste acute zorg op de juiste plek krijgt en de doorstroom goed verloopt. Daarvoor is nodig:
 - Eenduidige toegang voor acute zorgvragen;
 - Goede, eenduidige, multidisciplinaire triage;
 - Inzicht in beschikbare capaciteit en beschikbaarheid relevante medische gegevens;
 - Doorgeleiding naar het meest passende zorgaanbod;
 - Regie op vervolgzorg.
- c. LNAZ, AZN, ZN, InEen en ActiZ werken op basis van de opdrachtbrief van de minister van VWS dd. 10 mei 2022 scenario's uit voor bovengenoemde aspecten van zorgcoördinatie in onderlinge samenhang, en in overleg met relevante partijen zoals organisaties van zorgaanbieders, waaronder de NVZ, NFU professionele netwerken en beroepsorganisaties, uitgaande van zorgcoördinatie per ROAZ-regio of subregio daarvan. Deze scenario's zijn voor de zomer van 2023 gereed. VWS stelt voor deze uitwerking

subsidie beschikbaar. Na besluitvorming over de inrichting van zorgcoördinatie wordt deze regionaal geïmplementeerd, met als doel landelijk dekkende zorgcoördinatie; zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk met ingang van 1 januari 2025.

- d. De overeenkomst met LNAZ voor inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding is verlengd voor de periode tot 1 juli 2023. VWS neemt in overleg met de betrokken zorgpartijen initiatief om te voorzien in een structurele inbedding van deze regionale en landelijke functies in regelgeving en bekostiging voor na deze periode. Met het oog op de gewijzigde rol van het LNAZ wordt, aansluitend op de afspraken in het IZA, door betrokken partijen in samenspraak met VWS overlegd over een aangepaste governance van het LNAZ waar mogelijk met ingang van 1 januari 2023.

3. Kwaliteit van acute zorg

- a. Partijen spreken af dat het huidige Kwaliteitskader Spoedzorgketen overal is geïmplementeerd op basis van de reeds vastgestelde deadlines. De voortgang van de implementatie wordt gemonitord binnen de Landelijke Spoedzorgtafel. Voorts werken organisaties van zorgaanbieders, professionals, patiënten en zorgverzekeraars, verenigd in de Landelijke Spoedzorgtafel, aan verdere doorontwikkeling van het Kwaliteitskader. Het is van belang om bij volgende versies ook andere partijen zoals de acute psychiatrie, spoedeisende farmaceutische zorg, de acute verpleegkundige zorg aan huis en de geriatrische en medisch specialistische revalidatie gefaseerd te betrekken. LNAZ en het Zorginstituut nemen hierbij een coördinerende en faciliterende rol.

4. Differentiatie, concentratie en spreiding

- a. In de verschillende ROAZ-regio's wordt bij alle ketenpartners in kaart gebracht hoe de samenwerking in de gehele acute zorgketen kan worden verstevigd, hoe het schaarse personeel en de dure faciliteiten optimaal kunnen worden ingezet, om zo de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg binnen de regio voor de lange termijn te borgen. Hierbij moet in ogenschouw worden genomen dat personeel op de SEH in de nacht ook beschikbaar moet zijn voor patiënten in de kliniek en personeel niet zomaar bereid is in een verder gelegen ziekenhuis of UMC te gaan werken. Daarbij wordt ook gekeken naar de differentiatie, concentratie en spreiding van acute zorgvoorzieningen binnen de regio, zoals huisartsenposten, SEH's, acute verloskunde, acute GGZ, ELV, farmaceutische spoedzorg en wijkverpleging voor spoedzorgvragen. De gevolgen voor de ambulancezorg worden hierbij betrokken. Hiervoor wordt door het ROAZ een zorgvuldige ketenimpactanalyse uitgevoerd, inclusief cascade-effecten, waarbij alle stakeholders inclusief inwoners worden betrokken. Daarbij dient nadrukkelijk aandacht te zijn voor de effecten op de continuïteit van

acute zorg en de samenhang met concentratie en spreiding van niet-acute zorg. In die context wordt ook gekeken naar de gevolgen voor het profiel van academische, topklinische, algemene en categorale ziekenhuizen en de continuïteit van de bedrijfsvoering; dit kan een reden zijn voor de inzet van transformatiemiddelen conform de algemene afspraken in het IZA-hoofdstuk 'Financiële randvoorwaarden'. Tevens worden de uiteindelijke totale kosten in ogenschouwen genomen; de structurele besparingen door efficiënte inzet zorginfrastructuur moeten opwegen tegen tijdelijke inzet transformatiemiddelen. Zorgverzekeraars ondersteunen/stimuleren deze ontwikkeling.

- b. Partijen conformeren zich aan het vervangen van de 45-minutennorm voor bereikbaarheid van SEH's en acute verloskunde door een bredere set (kwaliteits)normen met een gedifferentieerde normstelling ten aanzien van tijdkritische aandoeningen. De 45-minutennorm is een spreidingsnorm, gebaseerd op de bestaande spreiding van ziekenhuizen en UMC's toen de norm in 2002 werd geïntroduceerd. De norm is niet medisch onderbouwd. Sinds de introductie van de norm hebben de acute zorg, waaronder zeker ook de ambulancezorg en de traumazorg (met de inzet van mobiele medische teams), zich sterk ontwikkeld. De nieuwe normen worden zo goed mogelijk medisch onderbouwd. In het verlengde daarvan moet ook gekeken worden naar de effecten op de rest van het acute zorglandschap zoals de huisartsenposten, regionale ambulancevoorziening en acute GGZ. Deze aanpassing is noodzakelijk om meer ruimte te bieden voor optimale inrichting van het acute zorglandschap met het oog op goede kwaliteit van zorg voor iedereen. VWS komt uiterlijk eind 2022 met een procesvoorstel over te zetten stappen om de 45-minutennorm te vervangen, in nauwe samenspraak met alle betrokken veldpartijen.
- c. Zorgaanbieders en zorgprofessionals maken concrete afspraken om ervoor te zorgen dat alle multitraumapatiënten (Injury Severity Score (ISS) >15) worden behandeld in een level 1 traumacentrum, met de gestelde regionale norm van 90% als absolute ondergrens. Het Zorginstituut komt in samenspraak met de direct betrokken zorgpartijen uiterlijk in Q1 2023 met een advies hoe de implementatie van deze bestaande norm kan worden bevorderd. Alle level 1 traumacentra dienen te voldoen aan de minimumnorm van 240 patiënten per locatie per jaar; locaties die niet voldoen mogen vanaf 1 januari 2024 geen multitraumazorg meer leveren. De IGJ ziet hierop toe.

5. Samenwerken in de keten

- a. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zetten in op het intensiveren van het gebruik van gezamenlijke acute zorgvoorzieningen door verschillende partijen in de keten, waardoor de beschikbare (zorg)professionals slim worden ingezet en samenwerking in de keten wordt gestimuleerd. Denk hierbij

aan intensieve samenwerking en gezamenlijke faciliteiten (balie, triage, personeelsruimte) op spoedpleinen dan wel integrale spoedposten tussen huisartsenposten, SEH's, farmaceutische spoedzorg, ambulancezorg en waar mogelijk onplanbare wijkverpleging en acute ggz. Partijen delen daarbij kennis op het gebied van effectieve vernieuwingen en slimme oplossingen die bijdragen aan de houdbaarheid van de acute zorg (opschalen best practices cq. valorisatie). LNAZ en zorgverzekeraars spelen daarbij een stimulerende rol. Er wordt aangesloten bij huidige regionale ontwikkelingen en afspraken. Wat goed werkt wordt voortgezet en uitgebouwd.

- b. De noodzaak en het belang van het behoud van huisartsenzorg voor patiënten in de avond, nacht en weekenden wordt door alle partijen onderkend en zij zijn bereid om hier vanuit de onderlinge samenwerking aan bij te dragen. Om Nederlanders van deze zorg te kunnen blijven voorzien, dragen de LHV, InEen en Zorgverzekeraars Nederland een oplossing aan voor een betere, meer evenwichtige verdeling van de ANW diensten onder alle huisartsen per 2023 (praktijkhouders, huisartsen in loondienst en waarnemers/ZZP). Het door de huisartsen opgestelde *Actieplan Werkdruk in de ANW* vormt hiervoor het vertrekpunt. InEen en de LHV werken dit actieplan in overleg met ZN nader uit en stellen - teneinde uniformiteit in de uitvoering te bereiken - een leidraad voor de HDS'en en de aangesloten huisartsen en een landelijke modelovereenkomst op waarin de verantwoordelijkheidsverdeling tussen HDS, praktijkhouders en niet-praktijkhouders wordt vastgesteld.

In aanvulling vraagt VWS de NZa om (in overleg met partijen) het ANW-tarief voor huisartsen te herijken en te differentiëren. Het streven is om het herijkte en gedifferentieerde NZa-tarief per 1 januari 2023 in te voeren. De toepassing van dat herijkte, gedifferentieerde tarief treedt voor een HDS in werking als regionaal een adequate verdeling van diensten tussen alle huisartsen is overeengekomen. In lijn met het herijkte honorarium dient zo nodig ook het maximum budget van de HDS te worden aangepast.

Voorwaarde voor akkoord geven op een tariefsverhoging en -differentiatie door de zorgverzekeraar wordt gebaseerd op het door de betreffende HDS aangeleverde implementatieplan en daadwerkelijke uitvoering van dit plan. Dit plan is gebaseerd op het Actieplan Werkdruk in de ANW en de leidraad en treedt uiterlijk drie maanden na het akkoord van de zorgverzekeraar in werking, waarbij ten minste is voldaan aan de volgende landelijke uitgangspunten:

- Sluitende dekking voor alle benodigde diensten;
- Afspraken over een evenwichtige en solidaire verdeling van de diensten over de binnen de regio werkzame huisartsen (praktijkhouders, loondienst en waarnemers/ZZP), rekening houdend met het effect van deze afspraken op andere/naastgelegen regio's;

- Tarieven die voor alle dienstdoende huisartsen in de regio gelijkmatig van toepassing zijn, waarbij ook wat aan zzp'ers wordt betaald niet hoger mag zijn dan het NZA tarief.

Bovenstaande afspraken en de regionale maatregelen kunnen ook landelijke aanpassingen vragen in wet- en regelgeving. Indien uit een juridische toetsing blijkt dat deze nodig zijn, onderzoekt VWS de mogelijkheden daartoe.

Zorgverzekeraars en HDS'en monitoren periodiek de realisatie het implementatieplan. Als gedurende het jaar blijkt dat er problemen ontstaan bij de effectuering en uitvoering van de goedgekeurde plannen, treden betrokken partijen in overleg. Dit kan leiden tot herijking van afspraken.

Daarnaast dient de HDS inzichtelijk te maken welke acties de HDS onderneemt om het beroep op de HAP te verminderen (in ieder geval voor onnodige spoedvragen die op een regulier tijdstip kunnen worden beoordeeld), in aanvulling op (landelijke) activiteiten zoals publiekscampagnes van de overheid en andere partijen, en hoe middelen Thuisarts/online een deel van de spoedvragen kan worden afgevangen.

Als bovengenoemde aanpak eind 2023 niet tot de gewenste effecten leidt, onderneemt VWS passende maatregelen op basis van de uitkomsten van de verkenning zoals benoemd in afspraak vier van de bijlage H Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals. Daarnaast onderzoekt VWS met partijen welke verdergaande maatregelen mogelijk zijn om het onnodige beroep op de HAP terug te dringen.

- Partijen onderzoeken in 2023 welke oorzaken ten grondslag liggen aan de piekbelasting van de SEH en welke maatregelen genomen kunnen worden. NVZ en NFU nemen het voortouw bij dit onderzoek, in afstemming met de andere betrokken partijen. Partijen spreken af om op basis van de uitkomsten van dit onderzoek gezamenlijk concrete maatregelen te nemen om de piekbelasting op SEH's te verminderen.
- Samenwerking in de ANW-uren tussen SEH's binnen de regio en tussen SEH's en huisartsenposten zal worden onderzocht binnen de ROAZ-en. Differentiatie en concentratie van acute zorgfaciliteiten zoals SEH's, huisartsenposten en klinische verloskunde betekent dat het nog belangrijker wordt om de samenwerking met de andere onderdelen van de acute zorgketen zoals Regionale Ambulance Voorziening, GGZ, ELV, geriatrie revalidatiezorg, verloskundige zorg en (onplanbare) wijkzorg te organiseren, om te zorgen voor een goede spreiding en het beschikbaar blijven van voorzieningen dichtbij de patiënt en passend bij de acute zorgvraag van de verschillende patiëntengroepen. Gemeenten hebben ook een belangrijke

taak in het voorkomen van oneigenlijke instroom in de acute zorg door te zorgen voor goede voorzieningen en ondersteuning bij sociale problematiek. Partijen spreken af om deze samenwerking in de regio's te bevorderen en te zorgen voor de juiste randvoorwaarden, zoals zorgcoördinatie, beschikbaarheid van medische gegevens, contractering en bekostiging. Op deze manier kan het percentage kwetsbare ouderen en patiënten met GGZ-problematiek op de huisartsenpost en SEH afnemen, waardoor deze worden ontlast.

- De implementatie van de generieke module acute psychiatrie (GMAP) wordt voortgezet. Deze generieke module beschrijft de benodigde inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen (alle leeftijdscategorieën) in een crisissituatie, over wie het vermoeden bestaat dat zij een acute psychische stoornis hebben (inclusief verslavingsproblematiek). Het streven is dat de GMAP in 2024 in alle 28 regio's volledig is geïmplementeerd.
- Acute verloskunde kan het beste integraal worden gezien en in samenhang worden geleverd en gefinancierd, zeker met oog op de uitdagingen van capaciteit en beschikbaarheid die ook de geboortezorgsector kent. Dit vraagt om intensieve samenwerking in de geboortezorgketen. Dit vindt plaats binnen de regionale netwerken van Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's), waarin zowel de eerstelijnsverloskundigen, kraamzorgorganisaties als ziekenhuizen en UMC's vertegenwoordigd zijn (soms verenigd in een Integrale Geboortezorg Organisatie), als ook tussen VSV's in een regio. In het ROAZ vindt overleg plaats om de benodigde geboortezorg in een regio te coördineren en de beschikbare capaciteit zo optimaal mogelijk in te zetten.

6. ROAZ en ROAZ-plan

- Voor de acute zorg spelen specifieke vraagstukken rondom regionale samenwerking. Ketenpartners in acute zorg zoals huisartsen, huisartsenposten, ziekenhuizen, UMC's, regionale ambulancevoorzieningen, wijkverpleging, verloskundigen, GGZ, VVT, GHOR en GGD zijn samen met de zorgverzekeraars verbonden in het ROAZ. (Wanneer in deze tekst wordt gesproken over het ROAZ, wordt daarmee dit samenwerkingsverband van ketenpartners bedoeld; niet het ROAZ-bureau.)
- Partijen zullen op basis van de IZA afspraken overleggen over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en governance van en binnen het ROAZ op basis van de AMvB acute zorg, met het oog op aanpassingen per 1 januari 2023. Daarbij wordt ook meegenomen hoe de betrokkenheid van de zorgprofessionals (vanwege de medisch inhoudelijke aspecten van het organiseren van acute zorg(keten) en het bewaken van de inhoudelijke samenhang en uitvoerbaarheid van acute zorg en aanpalende zorg in capaciteit en expertise) en het patiënten perspectief binnen het ROAZ kunnen worden geborgd.

c. Elk ROAZ stelt een plan van aanpak op voor acute zorg in de regio. Waar nodig kan een ROAZ-regio nog onderverdeeld zijn in subregio's. Het ROAZ-plan komt tot stand op basis van drie stappen:

1. **Criteria:** Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgprofessionals en vertegenwoordigers vanuit het burgerperspectief (waaronder het patiëntenperspectief), LNAZ en de overheid stellen in gezamenlijkheid criteria op voor het ROAZ-beeld en ROAZ-plan. De overheid neemt hier toe het initiatief en komt uiterlijk 14 oktober 2022 met een procesvoorstel hiervoor. Deze criteria gaan over beschikbare data, welke onderwerpen aan bod moeten komen en de wijze waarop de ROAZ-beelden en ROAZ-plannen transparant worden gemaakt. De criteria worden uiterlijk eind Q4 2022 bestuurlijk vastgesteld.
2. **ROAZ-beeld:** Eind Q2 2023 heeft elke ROAZ-regio een ROAZ-beeld opgesteld. Een ROAZ-beeld geeft ten minste inzicht in regionale acute zorgvraag en zorgaanbod, patiëntenstromen, de arbeidsmarkt en (10-jaars) prognoses. Hierbij wordt ook expliciet inzicht gegeven in specifieke expertisegebieden van zorgaanbieders en volumes in relatie tot kwaliteitsnormen. Het Ministerie van VWS faciliteert de ROAZ-en waar nodig en wenselijk met datasets waarin voor het ROAZ relevante data toegankelijk is en transparant wordt gemaakt. Daarnaast zal VWS zich er in overleg met de Autoriteit Persoonsgegevens en de Autoriteit Consument en Markt voor inspannen het uitwisselen van de noodzakelijke data mogelijk te maken en waar nodig wet- en regelgeving hiervoor aan te passen.
3. **ROAZ-plan:** Eind Q4 2023 heeft elke ROAZ-regio een ROAZ-plan geformuleerd op basis van het ROAZ-beeld, het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en andere in dit document genoemde uitgangspunten, waarbij urgentie van de regionale knelpunten op het gebied van toegankelijkheid en kwaliteit leidend is. Het ROAZ-plan bestaat uit twee delen:
 - i. **ROAZ-opgaven:** De ROAZ-partijen bepalen wat de belangrijkste transformatieopgaven in de regio zijn om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de acute zorg duurzaam te borgen. Hierbij wordt nadrukkelijk focus aangebracht; het streven is om te komen tot niet meer dan een handvol opgaven die met prioriteit moeten worden aangepakt.
 - ii. **ROAZ-afspraken:** Voor de prioritaire regio-opgaven maken zorgpartijen afspraken welke partijen met welke oplossingen aan de slag gaan en op welke schaal, op welke (meetbare) resultaatafspraken daarbij wordt gestuurd (werkagenda) en hoe de voortgang inzichtelijk wordt gemaakt. Deze algemene afspraken zijn transparant. De regionale zorgpartijen committeren zich aan deze afspraken; deze zijn dus niet vrijblijvend en worden meegenomen in

de contractering. In het ROAZ-plan komen in ieder geval de volgende elementen terug: het verstevigen van de samenwerking in de gehele acute zorgketen, (sub) regionale zorgcoördinatie, verhogen kwaliteit en naleven kwaliteitsnormen die betrekking hebben op de keten, differentiatie, concentratie (o.a. multi-traumazorg) en spreiding (van basis acute zorg) en gezamenlijke voorzieningen in de keten (zoals een spoedplein/integrale spoedpost). De ROAZ-plannen moeten worden gekoppeld aan concrete te behalen resultaten, bijvoorbeeld het aantal kwetsbare ouderen op de SEH.

Het is een regionaal plan op maat, waardoor de aanpak per ROAZ of subregio's kan verschillen voor wat betreft de focus en tijdsplan van eventuele transformatie van de inrichting van de acute zorgketen. De regioplannen behelzen nadrukkelijk afspraken op hoofdlijnen en betreft de prioritaire regio-opgaven. Specifieke afspraken worden dan ook decentraal tussen zorgpartijen gemaakt in verschillende specifieke transformatieplannen.

- d. **Proces en verantwoordelijkheden:** Elk ROAZ draagt zorg voor het opstellen van het ROAZ-plan. De ROAZ-voorzitter en de marktleider zorgverzekeraars hebben daarbij een duale verantwoordelijkheid, elk vanuit hun respectievelijke rol.
 - Het initiatief tot het opstellen van het ROAZ-beeld en ROAZ-plan wordt genomen door de marktleider zorgverzekeraars samen met de ROAZ-voorzitter. Samen maken zij een procesvoorstel en planning voor de totstandkoming van het ROAZ-plan in hun regio en leggen dit ter goedkeuring voor aan het ROAZ. Zij vervullen een aanjagende rol en dragen zorg voor en zijn aanspreekbaar op de totstandkoming van een plan met door het ROAZ gedragen afspraken die voldoende concreet zijn om de regionale knelpunten in de acute zorg duurzaam op te lossen én uitvoerbaar zijn. Zorgaanbieders in de acute zorgketen zijn er verantwoordelijk voor om hierover zorginhoudelijke, organisatorische en financiële afspraken te maken met zorgverzekeraars. Van alle ROAZ-partijen mag een actieve rol worden verwacht in de totstandkoming van het ROAZ-plan. Het is van belang dat de ROAZ-bureaus voldoende capaciteit krijgen om het opstellen van de ROAZ-plannen te faciliteren. De ROAZ-en worden bij het opstellen van het ROAZ-plan ondersteund door onder meer het LNAZ, Zorgverzekeraars Nederland en de overheid; bijvoorbeeld op het gebied van data, kennisuitwisseling en randvoorwaarden zoals wet- en regelgeving.
 - De ROAZ-partijen beoordelen gezamenlijk of het ROAZ-plan voldoende concreet is, in lijn is met de uitgangspunten van het IZA en voldoende bijdraagt aan het duurzaam oplossen van de regionale knelpunten

- in de acute zorg. Het ROAZ plan wordt daarvoor ook ter consultatie voorgelegd aan patiëntenorganisaties. Daarbij wordt ook gekeken naar de consequenties van het ROAZ-plan voor profielen van ziekenhuizen in relatie tot een samenhangend regionaal zorgaanbod, mede in het verlengde van de regioplannen op zorgkantoor-regioniveau en de Acute GGZ-regio's. Waar nodig kan het ROAZ-plan vervolgens worden aangescherpt.
- Het ROAZ-plan wordt na vaststelling als basis gebruikt voor (inkoop)afspraken tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben altijd de ruimte om met individuele zorgaanbieders aanvullende transformatieafspraken te maken in de individuele contractering; ook over zaken die niet in het ROAZ-plan staan, waarbij het borgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg en de geboortezorg een belangrijke randvoorwaarde is. Zorgverzekeraars kopen de acute zorg in op individuele basis; waar nodig gelijkgericht op basis van landelijke kaders voor kwaliteit en de noodzakelijke transformaties binnen de acute zorg in de regio, zoals beschreven in de desbetreffende transformatieplannen¹³. Waar nodig worden door zorgverzekeraars hierbij flankerende (financiële) afspraken gemaakt om de transformatie te realiseren en de toegankelijkheid van zorg en de continuïteit te borgen. (Zie ook hoofdstuk 4.2 Inzet transformatiemiddelen.) Teneinde de toegankelijkheid van acute zorg te borgen, spreken partijen af dat gecontracteerde capaciteit niet tussentijds kan worden afgeschaald zonder afstemming in ROAZ-verband en goedkeuring van de betrokken zorgverzekeraars en in lijn met de besluitvormingsprocedure in de AMvB acute zorg.
 - Wanneer de ROAZ-zorgpartijen in gezamenlijkheid niet voor 1 januari 2024 komen tot een ROAZ-plan met afspraken die voldoende scherp zijn om de transformatieopgaven voor elkaar te krijgen, treden zorgverzekeraars in overleg met betreffende zorgaanbieders over aanvullende maatregelen als dat nodig is om vanuit hun zorgplicht de toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg in de regio te borgen.
 - Het opstellen van de ROAZ-plannen moet niet leiden tot vertraging. Als de toegankelijkheid en/of kwaliteit van zorg in het gedrang komt, worden direct maatregelen getroffen. Ook met het uitwisselen en door zorgpartijen implementeren van best practices die in lijn zijn met de beweging naar passende acute zorg, hoeft niet te worden gewacht op het vaststellen van de ROAZ-plannen.
- e. **Specifieke transformatieplannen:** Ook voor de acute zorg geldt dat de daadwerkelijke transformatie gebeurt op basis van specifieke transformatieplannen in lijn met de ROAZ-plannen. Deze plannen worden decentraal, op het bijpassende niveau gemaakt tussen de betrokken acute zorgpartijen. (Zie ook Onderdeel B. Regionale samenwerking - algemeen.)

7. Data-uitwisseling en capaciteitsinformatie

- a. Inzicht in de (benodigde en beschikbare) capaciteit van de gehele (regionale) acute zorgketen is noodzakelijk voor zorgcoördinatie en het optimaal inrichten van de regionale acute zorg. Artificial Intelligence kan bijdragen aan het beter voorspellen van benodigde capaciteit. Regionaal wordt vastgesteld wat de gedifferentieerde minimale benodigde acute zorgcapaciteit is, als een van de uitgangspunten voor de ROAZ-afspraken. Dit betreft in ieder geval SEH-capaciteit, acute verloskunde, huisartsenpost en acute GGZ. Het ROAZ is verantwoordelijk voor het vaststellen van deze capaciteit in nauw overleg met de desbetreffende zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Relevante zorgaanbieders waaronder aanbieders van ELV en acute WLZ-zorg sluiten aan bij het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) en delen verplicht de noodzakelijke capaciteitsinformatie. Partijen spreken af om voor de wijkverpleging verder te inventariseren welke elementen in het LPZ moeten terugkomen op een praktisch uitvoerbare manier; dit betreft in ieder geval onplanbare wijkverpleging en 'herkenbaar & aanspreekbaar wijkverpleging'.
- b. VWS stelt in 2023 en 2024 middelen beschikbaar voor een vervolg van het programma Met Spoed Beschikbaar met het oog op de verdere implementatie van de Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp (hierna: Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute zorg). De uitwisseling van (een selectie van) de uitwisselingen uit de Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute zorg zal in 2023 op de Meerjarenagenda van de Wegiz worden geplaatst, in welk kader op initiatief van VWS zal worden onderzocht of de gegevensuitwisseling aangewezen wordt, zodat er een wettelijke verplichting komt op de elektronische uitwisseling van de gegevens. Een wetsvoorstel m.b.t. het zonder toestemming uitwisselen van patiëntgegevens in geval van acute zorg wordt voorbereid en zal rond de zomer van 2023 worden ingediend bij het parlement. Partijen nemen onder leiding van het Nictiz het initiatief om de reikwijdte van de Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute zorg uit te breiden met het oog op effectieve zorgcoördinatie.

¹³ Transformatieplannen worden hier in brede zin bedoeld, o.a. ROAZ-plannen, regioplannen en individuele contractafspraken.

8. Bekostiging

- a. Acute zorg heeft een spoedeisend karakter, wordt gekenmerkt door piek- en dalbelasting en kan op elk moment nodig zijn. Tegelijkertijd is de benodigde capaciteit goed planbaar. De fysieke en personele infrastructuur en capaciteit moet op orde en beschikbaar zijn, ongeacht het aantal patiënten. Dit vraagt om een goede spreiding van beschikbare voorzieningen, goede samenwerking in de acute zorgketen en optimale inzet van schaars personeel. De wijze van bekostiging en inkoop van acute zorg moet de juiste beweging stimuleren en effectieve sturing hierop mogelijk maken. Partijen spreken daarover het volgende af:
- VWS zal de NZa opdracht geven om met alle zorgpartijen aan tafel kansen en knelpunten rondom de bekostiging van acute zorg verder in kaart te brengen. Daarbij geldt: geld volgt inhoud. Oftewel bekostiging op basis van gezamenlijk door partijen vastgestelde functionele specificaties die voor de acute zorg van belang zijn. Het onderzoek wordt eind 2023 opgeleverd; parallel aan de inhoudelijke ROAZ-afspraken, in verband met eerdergenoemde koppeling van inhoud en bekostiging. Uiteindelijk is het aan de NZa om eventuele aanpassing van de bekostiging vast te stellen, op basis van de kaders door het Ministerie van VWS.
 - Eventuele veranderingen in de wijze van bekostiging en inkoop stimuleren de door partijen onderkende noodzakelijk herinrichting van het acute zorglandschap en mogen daar geen beperkingen voor opwerpen. Huisartsen-inschrijftarieven zijn geen onderdeel van acute zorg financiering.
 - Er wordt onderscheid gemaakt tussen bekostiging via het reguliere zorginkoopproces en eventuele tijdelijke financiële afspraken om de transformatie te realiseren en de toegankelijkheid van zorg en de continuïteit te borgen gedurende het transformatieproces.
 - De huidige beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's en acute verloskunde is gebaseerd op de 45-minuten-norm. Bij vervanging van de 45-minutennorm door kwaliteitsnormen voor tijdkritische aandoeningen wordt ook gekeken wat de gevolgen zijn voor deze beschikbaarheidsbijdragen die zijn bedoeld om de beschikbaarheid van SEH's en acute verloskundige zorg te borgen. VWS en de NZa zullen in overleg met de betrokken zorgpartijen deze gevolgen onderzoeken, zodat waar nodig tijdig mitigerende afspraken worden gemaakt.