

Transitie naar een toekomst- bestendige gehandicapten- zorg

22 februari 2022

Landelijk akkoord gehandicaptenzorg VGN-ZN 2022-2026

Inleiding en ambitie

Cliënten met een beperking tijdig een waardevolle plek met passende zorg bieden. Dat is de gemeenschappelijke ambitie van zorgkantoren en zorgaanbieders. De gehandicaptensector staat voor grote uitdagingen om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zowel wat betreft fysieke plekken als beschikbaar personeel, waarbij de inzet is om de kwaliteit van zorg op een verantwoord niveau te houden. Met name de krimpende arbeidsmarkt zet voor mensen met een beperking de mogelijkheden onder druk om de nodige ondersteuning te krijgen waardoor zij een betekenisvol leven kunnen leiden. Zeker als de zorg op dezelfde wijze aangeboden blijft zoals nu, kan niet iedereen die het nodig heeft zorg ontvangen. We moeten daarom voor de cliënten én voor de medewerkers in partnerschap oplossingen vinden.

Dit vraagt om andere, vernieuwende manieren om de zorg te organiseren. Zorgkantoren, zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) willen vanuit hun eigen en gezamenlijke verantwoordelijkheid werken aan duurzame, toekomstbestendige en betaalbare gehandicaptenzorg. Vanuit een gezamenlijke inhoudelijke ambitie wordt een transitie die hieraan bijdraagt in gang gezet en verder uitgewerkt. Hiermee blijft, gegeven de krapte op de arbeidsmarkt, ook in de toekomst passende zorg verzekerd voor wie dat nodig heeft. Deze transitie gaat uit van leren en verbeteren met als basis het gezamenlijke vertrouwen in de intrinsieke motivatie van de zorgprofessionals. Anderzijds kan deze transitie ook niet vrijblijvend zijn, gezien de hierboven geschetste uitdagingen waar we voor staan.

De ambitie wordt gerealiseerd in een context van een groeiende zorgvraag en schaarste aan personeel en middelen. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR, nr.104, 2021) stelt in het advies 'Kiezen voor Houdbare Zorg' dat de zorg in financieel, personeel en maatschappelijk opzicht houdbaar moet zijn om toegankelijkheid en kwaliteit te borgen. De WRR onderscheidt drie dimensies van houdbaarheid die in evenwicht moeten zijn: 'Hebben we de *middelen*, hebben we de *mensen*, en is er voldoende *maatschappelijk draagvlak* voor het zorgstelsel?' Dit evenwicht is van belang voor de zorg in het algemeen, en in het bijzonder voor de gehandicaptenzorg. Vooral de maatschappelijke kant in de gehandicaptenzorg speelt een rol, meer dan in andere zorgsectoren. De manier waarop de samenleving omgaat met mensen met een beperking is niet los te zien van het beroep dat op de (gehandicapten)zorg wordt gedaan.

Uitdagingen op de arbeidsmarkt

De schaarste aan personeel vormt een risico voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg. Nu is er naar schatting al een tekort van zo'n achtduizend arbeidskrachten in de gehandicaptenzorg. Dit tekort neemt de komende jaren snel toe. Bovendien neemt het aantal moeilijk vervulbare functies toe en dit komt onevenredig vaak voor bij functies ten behoeve van mensen met de meest complexe zorgvragen. Partijen nemen hun verantwoordelijkheid door een transitie in gang te zetten die bijdraagt aan het verminderen van

de druk op de arbeidsmarkt. Deze transitie¹ is gericht op het anders en minder inzetten van zorgprofessionals, onder andere door de inzet van arbeidsbesparende technologie, het netwerk van de cliënt en vrijwilligers. De zorgprofessional kan zo ingezet worden op dat wat echt nodig is voor passende zorg, in toevoeging tot en in aansluiting op de inzet van het eigen netwerk van de cliënt.

De schaarste op de arbeidsmarkt, met name rondom de specialistische kennis van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG's) en psychiaters, vraagt om over de grenzen van een zorgaanbieder heen te kijken. Indien samenwerking in de regio een oplossing is voor problemen die er zijn, zijn zorgaanbieders en zorgkantoren er gezamenlijk verantwoordelijk voor om regionale samenwerkingen vorm te geven en samen de schaarste te verdelen om zo kwalitatief passende zorg voor de cliënt te kunnen blijven garanderen.

Toegankelijkheid

Naast de beschikbaarheid van personeel hangt toegankelijkheid van zorg ook af van de zorgvraag. Er is sprake van een groeiende zorgvraag, zowel in het aantal cliënten als in de complexiteit van de vragen. Zorgkantoren en zorgaanbieders vinden het belangrijk dat passende zorg gegarandeerd blijft voor mensen die het echt nodig hebben. Zij kijken daarom kritisch naar de instroom in de Wet langdurige zorg (Wlz). VGN en ZN zien een gezamenlijke verantwoordelijkheid om samen met het Ministerie van VWS en andere relevante stakeholders in gesprek te gaan over de toenemende instroom naar de Wlz. En over de mogelijkheden om die toestroom te verkleinen door in voorliggende domeinen de juiste zorg en ondersteuning te verlenen. Binnen de Wlz moeten de meest kwetsbare cliënten passende zorg kunnen krijgen. We kijken voor mensen die al gebruik maken van de Wlz of er mogelijkheden zijn om de zorgbehoefte te verlagen of om naar een andere passende plek binnen of buiten de Wlz door te stromen.

Kwaliteit

De acties en maatregelen die zorgkantoren en zorgaanbieders afspreken, staan in het teken van het kunnen blijven garanderen van zorg aan diegenen die deze zorg nodig hebben. Kwaliteit staat onder druk door de schaarste op de arbeidsmarkt en de toenemende complexiteit van de zorgvraag. De inzet van partijen is dat door passende zorg, door meer eigen regie en door efficiëntere inzet van personeel, de kwaliteitsbeleving vanuit cliëntperspectief minimaal gelijk blijft. In overeenstemming met het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg staat leren en verbeteren centraal. Hierbij gaan zorgaanbieders en zorgkantoren ook samen op zoek naar de grenzen van een passend aanbod.

¹ Deze afspraak heeft geen relatie met de collectieve arbeidsvoorwaarden zoals die in de cao worden overeengekomen, dit blijft voorbehouden aan de sociale partners.

Beschikbare middelen

Zorgaanbieders en zorgkantoren voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor het betaalbaar houden van de zorg, maar zij zijn slechts in beperkte mate verantwoordelijk voor de groei in volume en toename van complexiteit bij de zorgvragers. De omvang van het macrokader voor en de toegang tot de Wlz is een politiek besluit. Door het slimmer, anders en vernieuwend organiseren van de zorg en het efficiënter inzetten van zorgprofessionals, is de ambitie dat de maatschappelijke financiële bijdrage aan Wlz gehandicaptenzorg daalt ten opzichte van de huidige bijdrage, uitgaande van een gelijkblijvend macrokader en gelijkblijvende omstandigheden op populatie en cliëntmix. Het werkelijke effect op de betaalbaarheid is de resultante van de maatregelen die in de gezamenlijke kanslijnen worden ingezet op passende zorg, op een efficiënte inzet van personeel en op toegankelijkheid. Zorgkantoren handelen hierbij binnen het financiële- en wetgevingskader dat zij meekrijgen.

Gezamenlijk komen tot een akkoord

Partijen nemen hierbij het advies 'Opnieuw Akkoord?' van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (juni 2021) ter harte. Zij formuleert leidende principes die de toegevoegde waarde van een akkoord bepalen. Een akkoord moet betrekking hebben op:

1. Urgentie rond een inhoudelijke opgave.
2. Een onderlinge afhankelijkheid.
3. Onzekerheid over wat er precies moet gebeuren.
4. Een gedeeld maatschappelijk doel.
5. Leiderschap.
6. Vraagstukken waarop partijen beïnvloedingsmogelijkheden hebben.

Uitgangspunten

Voor het oppakken van de opgave die er ligt, hebben zorgkantoren en zorgaanbieders gezamenlijk tien uitgangspunten opgesteld die de basis zijn voor de ambities. De uitgangspunten zijn geïnspireerd op onder andere het VN Verdrag Handicap en de mede daarop gebaseerde visie van de VGN op de gehandicaptenzorg:

1. Mensen met een beperking kunnen een betekenisvol eigen leven leiden, met betekenisvolle relaties.
2. Mensen met een beperking doen mee in de samenleving, ongeacht de zwaarte van de beperking, en in samenhang met andere leefdoelgebieden, zoals onderwijs, werk, wonen, et cetera.
3. De zorg die wordt aangeboden beweegt mee met behoeften, wensen en mogelijkheden van mensen met een beperking, hun naasten en het netwerk.
4. De zorg en ondersteuning moet aansluiten op wat de cliënt kan en belangrijk vindt, in plaats van te denken in termen van indicaties met standaard processen en standaard zorg en ondersteuning.
5. Naasten en mensen in de directe omgeving spelen een belangrijke rol in het leven van mensen met een beperking. Daardoor neemt het dagelijks leven een deel van de zorg over, in plaats van de zorg het dagelijks leven.
6. Er is nu en in de toekomst kwalitatief passende zorg en ondersteuning beschikbaar en toegankelijk voor mensen met een beperking met een Wlz-indicatie. Deze zorg en ondersteuning moet ook betaalbaar blijven.
7. Mensen met een beperking hebben recht op technologie die hun zelfstandigheid vergroot, waardoor het beroep op zorgprofessionals lager kan zijn.
8. Zorgorganisaties leren van elkaar en nieuwe inzichten en (technologische) toepassingen worden gedeeld en overgenomen zodat deze sneller geïmplementeerd worden. Hierbij verbinden koplopers zich aan kanshebbers en vice versa.
9. Zorgkantoren en zorgaanbieders werken samen met andere partijen om oplossingen te creëren voor maatschappelijke vraagstukken en uitdagingen.
10. Wet- en regelgeving mag geen struikelblok zijn om de behoeftes van een cliënt goed in te vullen.

Partijen onderschrijven deze uitgangspunten en willen daar vanuit eigen verantwoordelijkheid en in gezamenlijkheid aan werken.

Vijf kanslijnen

ZN en VGN werken – vertrekkend vanuit de inhoud van zorg, binnen de context van de genoemde uitdagingen – vijf kanslijnen uit die het verschil gaan maken voor zowel de cliënt als voor de medewerker². Voor de cliënt en voor de verwanten omdat de zorg en ondersteuning beter aansluit bij de zorgbehoefte. Voor de medewerker omdat het de werkdruk vermindert en het werk leuker en interessanter maakt. De kanslijnen spelen ook een belangrijke rol bij het efficiënter inzetten van medewerkers en bij het betaalbaar houden van de zorg, zodat kwalitatieve, passende zorg en ondersteuning toegankelijk en beschikbaar blijft nu en in de toekomst. Daartoe zetten zorgkantoren en zorgaanbieders zich ervoor in dat:

1. Elke cliënt een betekenisvolle daginvulling krijgt passend bij de wensen, talenten en vermogens.
2. Bewezen arbeidsbesparende technologieën door alle zorgorganisaties geïmplementeerd worden in de eigen zorgpraktijk.
3. Alle cliënten een passend zorgniveau bij hun zorgvraag ontvangen.
4. Elke cliënt die dat aankan een zo zelfstandig mogelijke, eigen veilige plek in de samenleving krijgt (ambulantisering).
5. Bij elke cliënt een [eigen] netwerk gestimuleerd en gefaciliteerd wordt om een rol te spelen in de zorg en ondersteuning.

Per kanslijn zijn de kwalitatieve ambities beschreven. ZN en VGN starten in 2022 met het vertalen hiervan naar kwantitatieve ambities.

Ad 1. Elke cliënt krijgt een betekenisvolle daginvulling passend bij de wensen, talenten en vermogens

Cliënten wensen een betekenisvolle dag. Dagbesteding moet passend zijn bij de wensen en behoeften van de cliënt, onafhankelijk van denken vanuit dagdelen en locaties. Zo wordt aangesloten bij de individuele mogelijkheden en behoeftes als het gaat om werken, leren, ontwikkelen of zingeving. Dagbesteding op maat, flexibel naar vorm, inhoud en locatie. Dit betekent ook voldoende mogelijkheden en variëteit in dagbesteding van het kunnen leveren van werk tot het zijn van een 'toeschouwer'. Voor een deel van de cliënten is beschut, beschermd of betaald werk een passende invulling. Voor andere cliënten kan het gaan om andere georganiseerde activiteiten vanuit de participatieladder. Voor die cliënten voor wie het passender is, hoeft een betekenisvolle dag niet per se extern vormgegeven te worden, dit kan ook dichterbij of in huis, een rustigere omgeving voor de cliënt. Zorgkantoren en zorgaanbieders delen goede voorbeelden, ook vanuit andere sectoren. De lessen en ervaringen die zijn opgedaan tijdens de coronacrisis moeten vanzelfsprekend worden. De betrokkenheid van het bedrijfsleven wordt vergroot en de mogelijkheden die technologie biedt worden opgepakt en uitgebreid. Vanuit dit nieuwe perspectief, het hebben van een betekenisvolle dag, kan de inzet van zorgprofessionals bij dagbesteding op den duur verkleind worden.

² Voetnoot: alles onder voorbehoud van wijzigingen in wet- en regelgeving

De ambitie is dat in 2025 zo veel mogelijk cliënten met een beperking een betekenisvolle dag hebben, flexibel naar vorm, inhoud en locatie. Waar mogelijk wordt betekenisvolle daginvulling in de context van de samenleving georganiseerd en waar passend worden wonen en daginvulling geïntegreerd en daarmee een kostenbesparing gerealiseerd. Hierdoor wordt de inzet van zorgprofessionals per cliënt verkleind of worden kosten verlaagd ten opzichte van de huidige vormgeving van dagbesteding.

Ad 2. Implementeren van bewezen arbeidsbesparende technologieën door alle zorgorganisaties in de eigen zorgpraktijk

Iedere Wlz-cliënt heeft recht op bewezen technologie die zijn of haar zelfstandigheid vergroot en de benodigde inzet van professionals zo veel als mogelijk vermindert. Dit betekent de juiste inzet van arbeidsbesparende technologie, gericht op zelfstandigheid, autonomie en minder hulpbehoefte, passend bij zijn of haar wensen en behoeften. Dat heeft een positief effect op zijn of haar kwaliteit van leven. Door passend gebruik van technologie ervaren medewerkers dat zij juist ingezet kunnen worden bij cliënten op de momenten die voor de cliënt het meest van waarde zijn. Dat draagt bij aan hun werkplezier, zingeving en efficiëntie. We zien voor ons dat koplopers experimenteren met arbeidsbesparende technologie. Als deze (voldoende) bewezen effectief en schaalbaar is, zal de technologie en de implementatie ervan landelijk beschikbaar worden gesteld. Bewezen technologie wordt onderdeel van de inkoopafspraken en voorwaarden tussen zorgaanbieders en zorgkantoren. Hiermee wordt de implementatie van arbeidsbesparende technologie versneld en het potentieel ervan voor cliënten sneller verzilverd.

Als een bewezen en geïmplementeerde technologie een besparing oplevert, krijgt iedere zorgaanbieder (binnen zijn mogelijkheden) de tijd om deze bewezen technologie te implementeren. Hierbij wordt rekening gehouden met de cliëntgroep(en) waarvoor de technologie werkt. Na uiterlijk twee jaar wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij deze technologie hebben geïmplementeerd en zij de potentie in arbeidsinzet en financiën benutten. Zorgkantoren stimuleren de implementatie bijvoorbeeld door middel van verschillende en vernieuwende contractvormen. Als sluitstuk van een traject van ontwikkelen, opschalen, implementeren en ondersteunen, wordt ook de impact op betaalbaarheid gerealiseerd. Bij de keuze voor innovatie geven we voorrang aan opschaling van innovaties die én bijdragen aan de arbeidsmarktproblematiek én bijdragen aan kostenreductie én gelijkblijvende of betere kwaliteit van leven voor cliënten betekenen. Gelet op de risico's van het tekort aan zorgprofessionals, zijn in tweede instantie ook innovaties relevant die neutraal zijn op de dimensies klant en kosten, maar substantieel bijdragen aan het arbeidsmarktprobleem.

De ambitie is dat in 2025 aantoonbaar meer arbeidsbesparende technologie wordt ingezet als vervanging voor geleverde zorg door de zorgprofessionals. Dit is zichtbaar in de mate waarin zorgprofessionals worden ingezet en/of in lagere kosten per cliënt.

Ad 3. Passend zorgniveau bij de zorgvraag van de cliënt

Iedere Wlz-cliënt krijgt passende zorg die mensgericht en herstelgericht is. Zorg die aansluit bij het perspectief van de cliënt waarbij zelfstandigheid wordt gestimuleerd. Dit vraagt

een toekomstgerichte benadering. Van zorgen voor, naar zorgen dat en zorgen met. Deze zorg richt zich op kwaliteit van leven, eigen regie en ontwikkeling naar vermogen. Concreet betekent dit opschalen waar het moet, afschalen waar het kan, binnen of buiten de Wlz. Dit vraagt om een flexibeler aanbod, waarin het relatief makkelijk is om op- en/of af te schalen waar nodig en waar ruimte is voor vernieuwende zorgconcepten. Zorgprogramma's en cliëntpaden moeten gericht zijn op de verschillende fases waarin een cliënt zich bevindt en welk zorgniveau daarbij past. Concentratie van de meest complexe zorg bij enkele gespecialiseerde zorgorganisaties van waaruit deze zorg wordt geleverd, is hierbij ook een mogelijkheid. Zorgkantoren kunnen kijken welke mogelijkheden er zijn om dit te stimuleren door uitdagende ambities af te spreken met resultaten en financiële prikkels.

De ambitie hierbij is dat in 2025 meer cliënten in de Wlz zijn omgezet naar een lagere indicatie of doorgestroomd zijn naar een passende plek buiten de Wlz. Bijvoorbeeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Ad 4. Ambulantisering: een zo zelfstandig mogelijke, veilige plek in de samenleving voor die cliënten die dat aankunnen

Eén van de grondbeginselen van het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een beperking is, vanuit de eigen regie-gedachte, dat mensen zelf kunnen kiezen waar en met wie ze wonen. Iedere Wlz-client krijgt een goede en veilige eigen plek in de samenleving. Een eigen, al dan niet geclusterde woning in een omgeving waar je in staat wordt gesteld om mee te kunnen doen in de samenleving. 'Leven als een gelijkwaardige buur'. Hoe dit eruit ziet, is voor iedereen anders. Ambulantisering gaat over extramuraal woonaanbod. Het gaat niet alleen over wonen of de plek waar zorg en ondersteuning wordt geboden, maar vraagt ook een andere kijk op bijvoorbeeld werk, financiën en sociale contacten. Door deze aspecten goed te organiseren wordt de druk op de zorg minder. Dit betekent flexibiliteit en diversiteit van mogelijkheden. Daarmee wordt ingezet op scheiden van wonen en zorg, uitgaande van de vraag en mogelijkheden van de cliënt. Zorgkantoren delen goede voorbeelden en spelen bij de zorginkoop in op signalen met betrekking tot Volledig Pakket Thuis (VPT) en Modulair Pakket Thuis (MPT), zowel vanuit cliënt, zorgaanbieder als cliëntondersteuner. In de inkoopafspraken wordt rekening gehouden met de kosten voor overgangsperiodes. Hiernaast stimuleren zorgkantoren cliënten om gebruik te maken van logeermogelijkheden en deeltijd wonen, zodat cliënten langer thuis kunnen blijven.

De ambitie voor 2025 is dat alle cliënten voor wie dit passend is, zo zelfstandig mogelijk wonen en daar (ambulante) zorg ontvangen. Hierbij ligt de focus met name op de cliënten in de laagste ZZP's (zorgzwaartepakket) in zowel de VG (sector verstandelijk gehandicapt) als de LG (sector lichamelijk gehandicapt) en de ZG (sector zintuiglijk gehandicapt).

Ad 5. Stimuleren en faciliteren van het eigen- en vrijwilligersnetwerk om een rol te spelen in de zorg en ondersteuning

Veel Wlz-clienten hebben een netwerk van verwanten, vrijwilligers en buurtgenoten om zich heen die een actieve rol hebben in de begeleiding en ondersteuning. Het bestaande netwerk van een cliënt moet ook bij opname van een cliënt behouden blijven én burgers

moeten aangesproken worden op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid om als vrijwilliger bij te dragen aan een dergelijk netwerk. Hiernaast staan de professionele zorgverleners om de zorg te leveren die passend is naast het netwerk. De inzet van het netwerk is nodig en wenselijk om een bijdrage te leveren aan de arbeidsmarkttekorten. Onderdeel daarvan is dat goed wordt gekeken wat naasten nodig hebben aan ruimte en competenties om deze rol te kunnen invullen. Zorgkantoren kunnen een rol spelen door het delen van kennis en goede voorbeelden en het inspireren van zorgaanbieders.

De ambitie voor 2025 is dat alle zorgaanbieders de inzet van het eigen netwerk in de persoonlijke zorg aantoonbaar faciliteren. Hiervoor worden nieuwe arrangementen ontwikkeld waarbij het netwerk, in samenhang met professionals, onderdeel wordt van het primaire proces van zorg en ondersteuning. Zo wordt in 2025 een groter deel van de hulpvraag van cliënten uitgevoerd door het eigen netwerk van de cliënt, waardoor zorgprofessionals ingezet kunnen worden op die plekken waar dat het meest nodig is.

Verankeren kanslijnen in inkoopbeleid, -gesprekken en -afspraken

De kanslijnen zijn de essentie voor de transitie in de gehandicaptensector en daarmee de basis voor de inhoud van het inkoopkader. Zorgkantoren maken inkoopafspraken met zorgaanbieders. Onderdeel van die afspraken kunnen nieuwe vormen van inkoop zijn, zoals het creëren van transitieruimte (reserveren van een vrije ruimte binnen de bestaande contracteerruimte) of volumetoename voor vrijgekomen budget. Ook zijn inkoopafspraken mogelijk waarbij de opbrengsten of inverdieneffecten vanuit de kanslijnen ten dele opnieuw geïnvesteerd kunnen worden en ten dele ook gaan bijdragen aan de betaalbaarheid van de gehandicaptenzorg. Zorgaanbieders en zorgkantoren creëren zo de ruimte om te experimenteren, zich te ontwikkelen op de kanslijnen en te investeren om de gemaakte resultaatafspraken te realiseren.

Agenda beïnvloeding stakeholders

Zorgkantoren en zorgaanbieders zijn primair zelf aan zet om de geschetste transitie te maken, in samenspraak met (vertegenwoordigers van) cliënten en verwanten, zowel op landelijk als lokaal niveau. VGN en ZN dragen hieraan bij door landelijke issues op te pakken, die lokaal niet opgepakt kunnen worden en die bijdragen aan beschikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

VGN en ZN trekken samen op richting stakeholders om de randvoorwaarden te bepleiten die nodig zijn om de kanslijnen vorm te geven. Bij deze agenda kan gedacht worden aan aanpassing van regelgeving om de beweging rond dagbesteding en vervoer mogelijk te maken. En het aanpassen van regels die een averechts effect hebben, zoals de eigen bijdrage bij VPT of de regels over inkomsten uit arbeid boven op de wijong-uitkering en het terugdringen van administratieve lasten. Als het gaat om voldoende geschikte woningen en het creëren van een veilige woonomgeving kan bijvoorbeeld worden overlegd met Aedes, de branchevereniging van woningcorporaties.

Daarnaast trekken ZN en VGN gezamenlijk op om externe financieringsbronnen zoals subsidieregelingen aan te boren die ondersteunend zijn aan de transitie die wordt ingezet. Bijvoorbeeld voor investeringen in (de ontwikkeling van) arbeidsbesparende technologie. We gaan in overleg met het Ministerie van VWS voor een verkennend onderzoek naar welke interventies een bijdrage leveren aan het voorkómen dat mensen met een beperking onnodig de Wlz instromen of daar onnodig lang in blijven. Hierbij speelt ook de relatie met en afhankelijkheid van het sociaal domein een relevante rol en zal het gesprek met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) gevoerd moeten worden. Ook worden de mogelijkheden onderzocht om de kennis en ervaringen van diverse cliëntvertegenwoordigingen te gebruiken om best practices te identificeren.

Deze agenda is een dynamische agenda, op basis van ervaringen die worden opgedaan. Ook tijdens de uitvoering van deze gezamenlijke transitie zullen thema's opkomen waarop de samenwerking met anderen nodig is, bijvoorbeeld met het Ministerie van VWS rond wet- en regelgeving. Ook zal moeten worden verkend of de maatregelen in het coalitieakkoord en de uitwerking daarvan de gewenste beweging ondersteunen of belemmeren.

Aanpak

Dit bestuurlijk akkoord is geen blauwdruk, maar een routekaart die het vertrekpunt en de ambitie van de transitie voor de gehandicaptenzorg aangeeft. Zorgkantoren en zorgaanbieders werken dit gezamenlijk uit en vertalen dit naar concrete afspraken op zorgaanbieder- en/of regionaal en landelijk niveau. Er is tijd en ruimte om aan de transitie te werken. Het realiseren van de ambities zal per zorgaanbieder verschillen en er zullen verschillende start/aanvang situaties en verschillende snelheden zijn.

Globaal ziet de fasering er als volgt uit:

Fase 1: Nulmeting en eerste afspraken

- Zorgaanbieders bepalen in 2022, in overleg met cliëntenraad en het zorgkantoor, hun startpositie bij elk van de vijf kanslijnen. Op basis hiervan voeren zij met hun zorgkantoor en cliëntenraad een startgesprek over waarmee ze aan de slag gaan. Zorgaanbieders concretiseren hun plannen op de ambities van de vijf kanslijnen. Hierbij is het uitgangspunt dat er wordt gewerkt aan die kanslijnen die voor de betreffende zorgaanbieder de meeste impact hebben, gezien zijn startpositie en doelgroep potentieel. Uiterlijk in 2023 maken alle zorgaanbieders en zorgkantoren op basis van realistische normen resultaatsafspraken op de kanslijnen.
- Zorgkantoren en zorgaanbieders wisselen goede voorbeelden uit met het veld als basis voor leren en verbeteren.
- Vanuit best practices wordt in overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder afgeleid wat het potentiële resultaat is. Daarbij wordt rekening gehouden met de verschillende doelgroepen en specifieke context van de zorgaanbieder. De normen gaan over *wat* gerealiseerd kan worden. De route ernaar toe is aan de zorgaanbieder.
- Zorgkantoren gaan het instrumentarium dat zij hebben (van inkoopgesprekken tot inkoopsystematiek) richten op het komen tot passende resultaten per zorgaanbieder op de kanslijnen.

Fase 2: Aan de slag

- Doen, ervaren, onderzoeken, leren, neerzetten, waarmaken en waar mogelijk al opschalen.
- Individuele en landelijke monitoring. Op landelijk niveau wordt een soort monitoringsinstrument ontwikkeld met kwalitatieve en kwantitatieve indicatoren bij de verschillende kanslijnen. Hiermee komt spiegelinformatie over de voortgang van de verbetering beschikbaar.

Fase 3: Resultaten laten zien en opschalen

- Het is een lerende en niet-vrijblijvende benadering, waarbij zowel door zorgaanbieders als door zorgkantoren enerzijds wordt ontdekt wat werkt. Anderzijds wordt geïmplementeerd wat elders in de praktijk blijkt te werken en staan resultaatsafspraken vast. Hier geldt het 'pas toe of leg uit'-principe.

Uitvoering en vervolg

- Het betreffende zorgkantoor en de betreffende zorgaanbieder stellen vast welke kanslijnen worden opgepakt, hoe de fases in de tijd worden weggezet, en wat ieders rol en verantwoordelijkheid hierbij is. In de aanpak is het te overwegen om te starten op specifieke locaties, met een nader omschreven groep cliënten, of bij nieuwe cliënten. Landelijk wordt gestimuleerd om de kanslijnen echt te omarmen en per zorgaanbieder op minimaal twee kanslijnen resultaatafspraken te maken.
- Cliëntenorganisaties worden betrokken bij het identificeren van good practices.
- Mocht er aanleiding zijn voor aanpassing van of toevoegingen op de genoemde kanslijnen en ambities, dan gaan ZN en VGN hierover in gesprek. Gemaakte resultaatafspraken zijn vanzelfsprekend niet dynamisch.
- Op basis van ervaringen, onderzoek en monitoring kunnen in het proces concretere afspraken gemaakt worden over bijvoorbeeld de budgettaire doelstellingen per kanslijn en/of de gemiddelde kosten per cliënt.
- Partijen vervolgen het overleg om het potentieel van de kanslijnen en de realisatie van de ambities door zorgorganisaties en zorgkantoren te faciliteren.

Aldus overeengekomen op 22 februari 2022:

Namens
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Namens
Zorgverzekeraars Nederland

Naam:

Alw Verjor L

W J Aalems

Handtekening
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

