

Vergaderjaar 2020–2021

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 522

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 11 november 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 31 augustus 2020 inzake het Rapport «Stand van het land regiobeelden» (Kamerstuk 31 765, nr. 516).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 9 november 2020. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

1.
Wat heeft u gedaan om tot kwalitatief eenduidige regiobeelden te komen?

Door middel van een basisdataset heb ik ervoor gezorgd dat alle partijen beschikken over dezelfde basisdata over de toekomstige ontwikkelingen over gezondheid, zorg en welzijn per regio. Het staat partijen echter vrij om het regiobeeld naar eigen inzicht vorm te geven, waardoor zij zoveel mogelijk kunnen aansluiten bij de regionale situatie en de specifieke opgaven in die regio. Dit is ook zo afgesproken in de hoofdlijnakoorden.

2.
Wat is de wettelijke status van dergelijke regiobeelden?

Regiobeelden hebben geen wettelijke status

3.
Hoe gaat u bewerkstelligen dat er meer uniformiteit komt in alle verschillende regiobeelden (241) die door het veld worden opgesteld? Hoe doet u dat tot op heden?

Met de basisdataset www.regiobeeld.nl garandeer ik dat iedereen over dezelfde basisdata beschikt. Het staat partijen echter vrij om het regiobeeld naar eigen inzicht vorm te geven, waardoor zij zoveel mogelijk kunnen aansluiten bij de regionale situatie en de specifieke opgaven in die regio. Dit is ook zo afgesproken in de hoofdlijnakoorden.

Dat neemt niet weg dat ik met de partijen die de hoofdlijnakoorden hebben ondertekend in gesprek zal gaan over de uitkomsten van dit onderzoek. Samen met hen zal ik bepalen waar een regiobeeld minimaal aan zou moeten voldoen, zodat er meer uniformiteit ontstaat.

4.
Streeft u naar regiobeelden die meer vanuit de zorginhoud op lokaal niveau tot stand komen of naar regiobeelden die vanuit een bestuurlijk of beleidsmatig perspectief op het niveau van de zorgkantorregio's tot stand komen?

Beide soorten regiobeelden zijn functioneel. Regiobeelden die tot stand komen vanuit een bestuurlijk perspectief helpen om een integraal beeld te vormen van de regionale opgave. Op basis daarvan kan een breed gedragen regiovisie worden geformuleerd waarin partijen afspreken hoe zij zich gezamenlijk op de toekomst voorbereiden. Met regiobeelden die vanuit de zorginhoud tot stand komen kan het bredere regioplan worden vertaald naar specifieke doelgroepen. Door in te zoomen op een specifieke wijk of doelgroep, kunnen concrete initiatieven ontstaan die helpen de bredere regiovisie te realiseren.

5.
Hoe komt het dat verschillende gemeenten nog niet betrokken zijn bij het realiseren van de regiobeelden en hoe wilt u daar verandering in brengen?

In de hoofdlijnakoorden is afgesproken dat daar waar een regiobeeld niet vanzelf tot stand komt, zorginkopers het initiatief nemen. In juli 2019 gaven zorgverzekeraars aan hun verantwoordelijkheid te nemen door per regio een beeld te maken en hierover met betrokken partijen uit de regio in gesprek te gaan.¹ Nog niet in alle regio's zijn gemeenten bij dit proces

¹ [https://assets.zn.nl/p/32768/files/R-19-47%20Zorgverzekeraars%20en%20de%20regio%20-%20definitief_1%20\(1\).pdf](https://assets.zn.nl/p/32768/files/R-19-47%20Zorgverzekeraars%20en%20de%20regio%20-%20definitief_1%20(1).pdf).

betrokken. In het rapport geeft Berenschot aan dat betrokkenheid van gemeenten niet altijd gemakkelijk te organiseren is door politieke besluitvormingsprocessen en een andere (wijze van) prioriteitstelling.

Ik heb Berenschot opdracht gegeven om, indien door partijen in de regio gewenst, dialoogsessies met zorgverzekeraars en gemeenten te organiseren waarin zij van gedachten kunnen wisselen over de wijze waarop zij samenwerken. Ook ben ik in maart 2020 samen met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en G40 een leer- en experimenteerprogramma gestart om de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars op dit punt te verbeteren. Tot slot heb ik een subsidie verstrekt aan de VNG om gemeenten te helpen bij zowel de regionale samenwerking onderling als samenwerking met zorgverzekeraars en zorgkantoren. Hierdoor kan tijdelijk extra ondersteuning in de regio's worden ingezet, met als doel dat in iedere regio een regiosecretaris wordt aangesteld die als gemeentelijke vertegenwoordiger namens de regio verantwoordelijk is voor het proces van samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor in de regio.

6.

Bent u voornemens een regio-grens en/of landelijke definitie van het regiobeeld te geven? Heeft u een ideaal regioniveau voor ogen?

In het onderzoek geven sommige veldpartijen aan last te hebben van de veelheid aan regiodefinitie bij het formuleren van een regiobeeld, omdat het tot onduidelijkheid leidt over benodigde betrokkenheid van regiopartners, afstemmingsmechanismen en mandaten. Ten behoeve van de regionale samenwerking wil ik daarom verkennen hoe hier meer eenduidigheid in aan te brengen is.

Aangezien iedere regio-indeling zijn eigen functie heeft, is het belangrijk om zorgvuldig af te wegen wat een logische indeling is waarop regio-beelden en regioplannen tot stand zouden moeten komen. Die afweging kan niet zonder het veld worden gemaakt. Hoewel sommige veldpartijen hinder ondervinden van de grote diversiteit aan indelingen, geven zij tegelijkertijd aan dat er goed rekening moet worden gehouden met bestaande verschillen, bijvoorbeeld omdat het opleggen van een alternatieve regio-indeling succesvolle initiatieven kan belemmeren. Op dit vraagstuk wordt nader ingegaan in de discussienota «Zorg voor de Toekomst», die later dit jaar in consultatie zal gaan.

7.

Wat gaat u ondernemen om te zorgen dat de betrokkenheid van de geestelijke gezondheidszorg (ggz), de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD »en), het sociaal domein, welzijn en eerstelijnspartners zoals paramedici en apotheken bij het opstellen en vernieuwen van regio-beelden wordt vergroot?

In eerste instantie is het een verantwoordelijkheid van partijen in de regio om relevante regiopartners te betrekken. Dat zijn wat mij betreft ook de GGZ, GGD, het sociaal domein, welzijn en eerstelijnspartners. Ik zal dit nogmaals onder de aandacht brengen bij de partijen die de hoofdlijnsakkoorden hebben ondertekend en samen met hen verkennen hoe we deze betrokkenheid beter kunnen borgen.

8.

Hoe vaak worden ontwikkelingen in gezondheid en leefstijl, bevolkingsontwikkeling en sociale omgeving en het thema «fysieke omgeving» meegenomen in de regiobeelden? Acht u deze onderwerpen randvoorwaardelijk voor een goed regiobeeld?

Onderstaande tabel geeft weer hoe vaak respondenten in het onderzoek van Berenschot aangaven de genoemde onderwerpen in het regiobeeld te hebben opgenomen.

Thema's	Ja	Beperkt	Nee	Geen antwoord
bevolkingsontwikkeling	90%	2%	2%	6%
sociale omgeving	63%	19%	8%	10%
Gezondheid en leefstijl	79%	11%	3%	6%
Fysieke omgeving	10%	33%	46%	11%
Ontwikkeling zorggebruik / zorgvraag	89%	5%	2%	5%
Ontwikkeling zorgaanbod	67%	21%	5%	8%

Ik vind dit belangrijke thema's om in een regiobeeld op te nemen, omdat elk van deze thema's van invloed is op de te verwachten zorgvraag en de geschiktheid van oplossingen om aan de toekomstige zorgvraag te voldoen.

9.

Hoeveel regiobeelden kennen geografische overlap doordat de regiobeelden niet hard zijn afgebakend? Hoe groot is deze overlap en tot welke problemen kan dit leiden, bijvoorbeeld doordat een zorgaanbieder aan twee verschillende sets inhoudelijke afspraken is gebonden?

De geografische overlap tussen regiobeelden is niet in kaart gebracht. Het feit dat regiogrenzen niet scherp zijn gedefinieerd heeft als potentieel risico dat partijen met verschillende regiobeelden en -visies te maken kunnen hebben. Wanneer deze regiobeelden en daaruit voortvloeiende regiovisies leiden tot verschillende strategische keuzes, worden partijen die met meerdere regiobeelden te maken hebben ongewenst in een spagaat gebracht.

Het onderzoek van Berenschot laat zien dat het ontbreken van een duidelijke definitie er vooral toe leidt dat regiobeelden op meerdere regioniveaus worden gemaakt. Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 4 hoeft dit niet tot problemen te leiden. De lokaal geïnitieerde regiobeelden kunnen worden gezien als een verdieping voor een specifieke doelgroep en/of wijk en zij daarmee niet per definitie strijdig met het regiobeeld op het niveau van de zorgkantorregio.

10.

Welke rol ziet u voor uzelf weggelegd om te realiseren dat de regiobeelden over een paar jaar niet langer statisch zijn, maar een meer dynamisch karakter krijgen waardoor de effecten van gezamenlijk handelen kunnen worden gemonitord? Wat is hiervoor noodzakelijk?

Regiobeelden blijven een primaire verantwoordelijkheid van partijen in de regio. Ik zie het als mijn rol om hen daarbij te ondersteunen en faciliteren. Samen met partijen zal ik verkennen wat zij nodig hebben om regiobeelden dynamischer te maken.

11.

In hoeverre onderschrijft u elk van de geschetste mogelijke oplossingen door onderzoeksbureau Berenschot voor de gesignaleerde belemmeringen bij het komen tot een goed regiobeeld?

Elk van de door Berenschot geïnventariseerde oplossingen kan behulpzaam zijn om het proces rondom regiobeelden en regionale samenwerkingsafspraken te verbeteren. Aan een aantal oplossingsrichtingen wordt ook al gewerkt. Zo werk ik samen met partijen die de

hoofdpijnakkoorden ondertekenden aan het versterken van de regionale huisartsenorganisatie en de organisatiegraad in de paramedische zorg.² Ook kom ik met het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg waarmee ik middels standaardisatie op taal en techniek meer eenduidigheid wil afdwingen, zodat het gebrek aan een eenduidige definitie en samenhangende registratie van gegevens wordt aangepakt.

Een aantal oplossingsrichtingen die in het rapport worden voorgesteld vraagt een nadere uitwerking, bijvoorbeeld waar het gaat het ontschotten van financiering. Deze voorstellen neem ik mee in de discussienota «Zorg voor de Toekomst» die later dit jaar in consultatie zal gaan.

12.

Hoeveel regiobeelden worden nu omgezet in concrete regionale zorgplannen waarin randvoorwaarden en concrete plannen worden opgenomen over de in de toekomst benodigde zorg in een regio? Door wie moeten die worden geleverd? Waar en hoe? Op welke termijn verwacht u dat elk van de regiobeelden vertaald zal worden naar concrete regionale zorgplannen? Zullen hier enige eisen aan worden gesteld?

Wanneer het regiobeeld gereed is, is het maken van concrete regio-plannen een logische volgende stap. Berenschot concludeert dat partijen in sommige regio's nu bezig zijn om op basis van het regiobeeld opgaven te formuleren en te komen tot prioriteitstelling, afspraken en acties. Het merendeel van de samenwerkende partijen geeft aan dat dit voor de komende maanden op de gezamenlijke agenda staat, een klein deel van de zorgkantoorregio's is daar al actief mee bezig geweest. Regiobeelden die op meer lokaal niveau zijn gemaakt, zijn al vaker vertaald in afspraken en acties. Deze regiobeelden zijn veelal ontstaan vanuit een gezamenlijke opgave of gedeelde urgentie, en daardoor meer actiegericht.

Het maken van een regionaal plan is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen in de regio en is ook primair bedoeld voor de partijen in de regio. Zij maken zelf een plan passend bij de lokale context en kunnen elkaar aanspreken op elkaars bijdrage om de gedeelde opgave aan te pakken. Een termijn hieraan koppelen is lastig als gevolg van tempoverschillen tussen regio's en de impact die de coronacrisis heeft op regionale afstemmingsprocessen.

13.

Kan nader worden toegelicht waarom maar liefst 97,3% van de betrokkenen in de praktijk belemmeringen ervaart bij het komen van een regiobeeld tot het samen formuleren van regionale opgaven en/of het komen tot afspraken en acties?

De reden waarom betrokkenen belemmeringen ervaren varieert. Voor een overzicht van de belemmeringen verwijs ik u naar pagina 26 en 27 van het rapport.

14.

Bij hoeveel van de regiobeelden neemt (nemen) de grootste zorginkoper(s) (verzekeraar, zorgkantoor) het voortouw in het opstellen van het desbetreffende beeld? Hoe vaak neemt een andere partij het voortouw, zoals het grootste ziekenhuis in een regio?

Deze aantallen zijn niet beschikbaar, omdat dit geen onderdeel uitmaakte van het onderzoek. Wel hebben we inzicht in de partijen die als hoofdaanvrager optraden bij het aanvragen van een datavoucher. Voor regio-

² Kamerstuk 31 765, nr. 510.

beelden die met behulp van een datavoucher tot stand zijn gekomen geldt dat in 7% van de gevallen de verzekeraar op trad als hoofdaanvrager, gemeenten waren dat in 13% van de gevallen en ziekenhuizen en Universitair Medische Centra 17%. In de overige gevallen traden bijvoorbeeld eerstelijnsaanbieders, GGD'en en GGZ-instellingen op als hoofdaanvrager. Hierbij moet worden opgemerkt dat vouchers altijd verstrekt worden aan samenwerkende partijen. Dat een partij als hoofdaanvrager optreedt betekent dus niet per definitie dat zij in de praktijk het voortouw nemen. Daarnaast kunnen regiobeelden ook zonder hulp van een voucher tot stand komen.

15.

Zijn er duidelijke onderlinge verschillen in vordering en gedetailleerdheid waarneembaar tussen de regiobeelden waarvoor de verschillende zorginkopers het voortouw nemen? Doet de ene zorginkoper dit aantoonbaar beter of uitgebreider dan de andere?

Zoals te lezen op pagina 11 van het rapport is het onderzoek nadrukkelijk niet bedoeld om te oordelen. Zorginkopers hebben samen met hun regiopartners een regiobeeld geformuleerd op een manier die zij passend vinden bij de lokale context. Daardoor zijn er verschillen tussen regiobeelden van verschillende inkopers, maar ook tussen regiobeelden die door eenzelfde zorginkoper zijn geïnitieerd. Ook tijd speelt daarbij een rol, een aantal regio's is al verder gevorderd bij het analyseren van de regio en het maken van afspraken dan andere regio's. Dit maakt een regiobeeld niet aantoonbaar beter of slechter.

16.

Op hoeveel plekken in het land is er nog geen regiobeeld? Om welk deel van ons land gaat het in inwonersaantal? Waar komt dit door?

Op de peildatum was er voor alle regio's, met uitzondering van Zuid-Oost Brabant een regiobeeld beschikbaar. Inmiddels is ook voor die regio een regiobeeld beschikbaar.

17.

Hoeveel vouchers zijn verstrekt voor het opstellen van een regiobeeld en voor welk bedrag in totaal?

In de eerste subsidieronde (2019) zijn er 97 vouchers toegekend. In de tweede ronde (2020) zijn er 53 voucheraanvragen gehonoreerd. Het totale bedrag van deze gehonoreerde vouchers bedraagt € 1.439.334,54. De totale uitgaven kunnen mogelijk na afloop lager uitvallen omdat ingediende facturen lager kunnen zijn dan het toegekende bedrag.

18.

Het rapport is voorgelegd aan zorgaanbieders, gemeentelijke aanspreekpunten, branchepartijen en uitvoeringsorganisaties, zijn daarmee alle relevante partijen betrokken? Zo nee, welke groepen ontbreken nog? Hoe worden deze in het vervolg (bij vervolgstappen) wel betrokken? Heeft hun input nog invloed op het nu voorliggende regiobeeld?

Omdat het formuleren van regiobeelden een afspraak uit de hoofdlijnakoorden is, is de scope van het onderzoek beperkt tot de zorgdomeinen die aansluiten bij de partijen die de hoofdlijnakoorden hebben ondertekend. Dit betekent dat de medisch specialistische zorg, de geestelijke gezondheidszorg, de huisartsenzorg, de wijkverpleging en paramedische zorg onderdeel uitmaakten van het onderzoek. Het sociaal domein, inclusief welzijnswerk en jeugdzorg, de zorg- en veiligheidsketen, gehandicaptenzorg en specifieke vormen van zorg zoals hospicezorg

vielen buiten de scope van het onderzoek. Dit betekent dat zij niet actief zijn bevraagd door het onderzoeksbureau, maar dat betekent niet dat zij niet betrokken zijn bij het maken van regiobeelden. Op pagina 19 van het rapport is te lezen in hoeverre deze partijen volgens respondenten betrokken zijn. Daar waar groepen ondervertegenwoordigd zijn zal ik dit nogmaals onder de aandacht brengen bij de partijen die de hoofdlijnakoorden hebben ondertekend en samen met hen verkennen hoe we deze betrokkenheid beter kunnen borgen.

19.

Klopt het dat fysiotherapie tot nu toe te weinig betrokken is bij het tot stand komen van regiobeelden? Zo ja, hoe worden de fysiotherapeuten in het vervolg van het proces erbij betrokken?

Ja, dit klopt. Paramedici, waaronder fysiotherapeuten, zijn in slechts 5 tot 10% van de initiatieven betrokken. Als reden hiervoor wordt de lage organisatiegraad van paramedici genoemd. Over dit onderwerp zijn al afspraken gemaakt in de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019–2022³. De partijen die deze afspraken hebben ondertekend, hebben een plan van aanpak opgesteld om de organisatiegraad te verhogen. In dit plan is expliciet aandacht voor de wijze waarop de aansluiting van paramedici op regiobeelden kan worden verbeterd.

20.

Als 81% van de regiobeelden gereed is, 16% in ontwikkeling en 0,3% op te starten is, wat is dan de stand van zaken voor de overige 2,7%?

Uit navraag bij het onderzoeksbureau blijkt hier sprake te zijn van een typefout. In plaats van 0,3% is 3,0% van de regiobeelden nog op te starten, zoals ook is af te leiden uit de beschreven resultaten in hoofdstuk 3 (figuur 4).

21.

Voor welke regio is het regiobeeld van de zorgverzekeraar nog niet gereed?

Ten tijde van het onderzoek was er voor de regio Zuid-Oost Brabant nog geen regiobeeld beschikbaar. Inmiddels is ook voor die regio een regiobeeld beschikbaar.

22.

Als het niet (altijd) bekend is wat «de regio» is, hoe wordt dan voorkomen dat er tegengestelde overlappings plaatsvinden? Hoe worden de verschillende beelden over een zelfde regio met elkaar verbonden?

Om te voorkomen dat tegengestelde overlappings plaatsvinden, acht ik het van belang dat samen met betrokken partijen in de zorg een meer congruente regio-indeling wordt gekozen die als uitgangspunt zal dienen voor het maken van regiobeelden en regioplannen. Hierop wordt nader ingegaan in de discussienota «Zorg voor de Toekomst», die later dit jaar in consultatie zal gaan.

23.

Welke variëteit aan regiobeelden is precies te onderscheiden door de ruime definitie van «het regiobeeld»? Wat zijn de voornaamste geografische en inhoudelijke verschillen en hoe omvangrijk zijn deze?

³ Kamerstuk 33 578, nr. 67.

Geografisch verschillen regiobeelden van wijk of gemeente tot een groter adherentiegebied van bijvoorbeeld een ziekenhuis of een zorgkantoor-regio. Inhoudelijk is het voornaamste verschil dat regiobeelden op lokaal niveau vaker vanuit een concrete maatschappelijke opgave of specifieke doelgroep tot stand komen, terwijl regiobeelden op het niveau van de zorgkantoorregio meer vanuit bestuurlijke of beleidsmatige invalshoek ontstaan. De omvang van deze verschillen is niet gekwantificeerd.

24.

Een meer dynamisch karakter van de regiobeelden is gewenst, hoe wordt hiertoe gekomen?

Respondenten gaven aan dat regiobeelden nu vaak nog statisch zijn. Dat is logisch, aangezien deze eerste regiobeelden het startpunt vormen van de transformatie in de regio. Op basis van regiobeelden kunnen regio-plannen worden gevormd die concrete acties bevatten. Meer dynamisch ingerichte regiobeelden passen bij deze volgende fase, omdat partijen hiermee de effecten van hun regionale afspraken kunnen monitoren. Ook voor deze dynamische regiobeelden geldt dat deze moeten aansluiten op de lokale behoeften en dat partijen in de regio primair aan zet zijn. Samen met hen zal ik verkennen wat zij hiervoor nodig hebben en hoe ik hen daarin kan ondersteunen.

25.

Op welke wijze hebben de veldpartijen last van het stelsel? Waar vloeien deze knelpunten uit voort?

Respondenten uit het onderzoek gaven aan onder andere last te hebben van de wijze waarop financiering en bekostiging in het stelsel zijn geregeld. Deze knelpunten vloeien volgens hen voort uit de domeinspecifieke wijze van bekostiging, het ontbreken van betaaltitels voor preventie en innovatieve zorgvormen en het feit dat kosten en baten bij verschillende partijen neerslaan. Een overzicht van alle belemmeringen die partijen ervaren is te vinden op pagina 26 en 27 van het rapport.

26.

Is er ook een beeld van de langdurige effecten van de stelsel-knelpunten in vergelijking met een (tijdelijk) toegenomen administratiedruk, aangezien in het rapport aangegeven wordt dat een oplossing voor deze knelpunten op dit moment kan leiden tot extra administratieve druk?

Nee, dat beeld is er niet. Ik kan mij desalniettemin goed voorstellen dat veldpartijen dit aangeven. De ervaringen binnen het programma [Ont]Regel de Zorg wijzen uit dat er binnen het huidige stelsel veel mogelijkheden zijn om administratieve lasten en ervaren regeldruk te beperken.

27.

Kunt u toezeggen dat de cijfers op de website regiobeeld.nl regelmatig geactualiseerd worden en waar mogelijk aangevuld, zodat partijen die data kunnen blijven gebruiken?

Ja. Ik heb het RIVM een meerjarige opdracht verstrekt om de website te onderhouden en waar mogelijk uit te breiden. Hiervoor heb ik ook structureel budget en opdrachtbegeleiding ter beschikking gesteld.

28.

Is er vooraf afstemming geweest tussen zorgverzekeraars over hoe – en met welke bronnen – de regiobeelden worden opgesteld? Zo niet, waarom is er vooraf niet afgestemd?

Nee, zorgverzekeraars hebben vooraf niet afgesproken hoe en met welke bronnen regiobeelden worden opgesteld. Wel hebben de meeste zorgverzekeraars vergelijkbare bronnen gebruikt, zoals cijfers van het CBS en het RIVM en declaratiegegevens, bronnen die ook door de zorgaanbieders als betrouwbaar en goed bruikbaar worden gezien.

29.

Welke rol was aan Zorgverzekeraars Nederland toebedeeld om ervoor te zorgen dat de regiobeelden kwalitatief eenduidig zouden worden?

Met de partijen die de hoofdlijnakkoorden hebben ondertekend, waaronder Zorgverzekeraars Nederland, is afgesproken dat zorginkopers waar nodig het initiatief nemen om een regiobeeld op te stellen. De inhoud en kwaliteit van de regiobeelden is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle partijen. Het nastreven van kwalitatief eenduidige regiobeelden is dan ook geen taak die aan Zorgverzekeraars Nederland is toebedeeld.

30.

Hoe zijn de vier uitgangspunten tot stand genomen zoals genoemd op pagina 11?

Dit betreffen uitgangspunten van Berenschot om het onderzoek zo goed mogelijk vorm te geven. De eerste twee punten (wegblijven bij «een niet bestaand gemiddelde» en het hanteren van verschillende aanvliegroutes) zijn tot stand gekomen vanuit de observatie dat in verschillende samenstellingen en op verschillende niveaus regiobeelden werden gemaakt. Deze definitie- en contextverschillen moeten in ogenschouw worden genomen om een zo betrouwbaar mogelijke stand van het land op te kunnen maken. Het derde punt («minimale belasting voor betrokkenen») is verbonden met de uitbraak van de coronapandemie. Het laatste punt («niet veroordelend, maar constructief») sluit aan bij de afspraken in de hoofdlijnakkoorden. Hierin is bewust ruimte gelaten aan partijen om het «hoe» en «wat» van de regiobeelden zelf in te vullen, zonder dat hierbij centrale systemen van monitoring in worden gezet. Het doel van dit onderzoek is dan ook niet om te oordelen over de wijze waarop partijen met de opgave aan de slag gaan, maar juist om op te halen waar zij tegenaan lopen en wat er voor nodig is om deze belemmeringen weg te nemen, waardoor partijen nog beter invulling kunnen geven aan de gemaakte afspraken.

31.

Wordt hier met het woordje «nog» gesuggereerd dat er wel sprake van «een definitie van het regioniveau waarop een regiobeeld tot stand zou moeten komen» had moeten zijn, aangezien in het rapport staat dat een belangrijke eerste constatering is dat in de hoofdlijnakkoorden (HLA) nog geen sprake was van een definitie van het regioniveau waarop een regiobeeld tot stand zou moeten komen?

Nee, dat wordt niet gesuggereerd. In de hoofdlijnakkoorden is bewust gekozen geen strakke definitie te hanteren, zodat partijen de ruimte hebben om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de lokale context en behoeften. Ook respondenten uit het onderzoek geven aan dat het begrijpelijk is dat er vanuit historie en de bestaande verbanden wordt gewerkt aan een regiobeeld. Om die reden vindt een meerderheid van de respondenten dat er respect moet zijn voor bestaande verschillen.

Tegelijkertijd laat het onderzoek ook zien dat het ontbreken van een duidelijke regiodefinitie leidt tot bestuurlijke last. Het leidt tot vragen over benodigde betrokkenheid van partijen, afstemmingsmechanismen en

mandaten. Om deze bestuurlijke last te verminderen acht ik het van belang dat samen met partijen in de zorg wordt gekomen tot een congruente regio-indeling die als uitgangspunt dient voor het maken van regiobeelden en regioplannen. Op dit vraagstuk wordt nader ingegaan in de discussienota «Zorg voor de Toekomst».

32.

Kunt u aangeven of er vooraf handvatten gegeven zijn om tot een regiobeeld te komen? Zo nee, waarom niet?

Met de basisdataset die het RIVM heeft ontwikkeld heb ik partijen handvatten gegeven om tot een regiobeeld te komen. Deze basisdataset geeft partijen inzicht in de stand van zaken en de toekomstige ontwikkelingen van de sociale – en gezondheidssituatie van de bevolking per regio. Het staat partijen vrij deze data al dan niet te koppelen aan eigen databronnen.

33.

Kunt u aangeven waarom in de HLA's nog geen sprake was van een definitie van het regioniveau waarop een regiobeeld tot stand zou moeten komen?

Zoals eerder aangegeven is in de hoofdlijnakkoorden voor gekozen geen strakke definitie te hanteren, zodat partijen de ruimte hebben om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de lokale context en behoeften.

34.

Wordt van de dialoogsessies, die als afronding van het onderzoek na de zomer van 2020 georganiseerd worden om de opgehaalde inzichten over en ervaringen met de regiobeelden te delen en door te praten over hoe hierop samen doorgebouwd kan worden, een verslag gemaakt? Zo ja, wordt het verslag naar de Kamer gestuurd?

Nee. Deze dialoogsessies zijn bedoeld om in de regio van gedachten te wisselen over de opbrengsten en maken geen deel uit van het onderzoek.

35.

Hoe kan het dat verschillende gemeenten nog niet betrokken zijn bij de regiobeelden? Hoe worden deze er alsnog bij betrokken (en dus niet alleen geïnformeerd)?

Zie het antwoord op vraag 5.

36.

Zijn er regio's waar de zorginkopers een initiërende rol gaan spelen of hebben gespeeld?

Ja. Voor de regiobeelden die op het niveau van de zorgkantorregio zijn gemaakt geldt dat veelal de zorgverzekeraar het initiatief nam. Bij regiobeelden die met behulp van een voucher via ZonMw tot stand kwamen waren in een aantal gevallen gemeenten hoofdaanvrager.

37.

In verschillende regio's worden verschillende regiobeelden ontwikkeld, hoe worden deze met elkaar verbonden? Waarom kiezen partijen binnen één regio ervoor om te werken aan verschillende regiobeelden tegelijkertijd?

38.

Hoe beoordeelt u de constatering: «Er wordt hard gewerkt aan regio-beelden, op meerdere regioniveaus, door meerdere zorgpartijen in wisselende samenstellingen. Of en hoe deze regiobeelden bij elkaar gebracht zullen worden, is nog de vraag?»

Antwoord vraag 37 en 38

In het onderzoek wordt geconcludeerd dat er op twee niveaus aan regiobeelden gewerkt wordt: meer lokaal geïnitieerde initiatieven, voortvloeiend uit (zorginhoudelijke) initiatieven van zorgaanbieders of professionals en meer landelijk geïnitieerde initiatieven, vanuit bestuurlijke of beleidsmatige invalshoek op niveau van de zorgkantorregio. Waar eerstgenoemde regiobeelden ontstaan vanuit een concrete opgave of doelgroep, zijn laatstgenoemde regiobeelden meer gericht op het bredere vraagstuk van continuïteit van zorg. Ik vind het logisch dat er daarbij sprake is van wisselende samenstellingen van partijen, het gaat immers om verschillende type vraagstukken. Wel ben ik van mening dat de afspraken die voortvloeien uit beide soorten regiobeelden op elkaar zouden moeten aansluiten. Ik zie daarbij het bredere regiobeeld als startpunt voor een breed gedragen regiovisie, die op basis van de lokaal geïnitieerde regiobeelden kan worden vertaald naar specifieke doelgroepen. Ik ben me ervan bewust dat deze aansluiting nog niet overal van nature tot stand komt. Het onderzoek laat zien dat hier een aantal belemmeringen aan ten grondslag liggen, die onder andere voortvloeien uit een gebrek aan duidelijke kaders over wat er van een regio verwacht wordt en wie daarbij welke rol zou moeten vervullen. Het discussiestuk «Zorg voor de toekomst» dat later dit jaar in consultatie zal gaan, bevat beleidsopties om deze belemmeringen weg te nemen.

39.

Hoe komt u tot het vervolg op de regiobeelden, aangezien de verschillende regiobeelden op verschillende regioniveaus en met wisselende samenstelling zijn vormgegeven?

Het verder brengen van regiobeelden en de daaruit voortvloeiende regioplannen is onderwerp van gesprek met de partijen die de hoofdlijn-akkoorden ondertekend hebben. Zodra de ontwikkelingen rondom de coronacrisis het toelaten, zal ik met hen in gesprek gaan over de resultaten van het voorliggende onderzoek en mogelijke vervolgstappen. Daar zal ik ook de eerste inzichten uit de lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek, die later dit jaar bekend worden, bij betrekken.

40.

Kan per regio worden aangegeven welke partijen zijn betrokken bij het opstellen van de regiobeelden?

Voor de regiobeelden op het niveau van de zorgkantorregio hebben zorgverzekeraars aangegeven welke partijen zij hebben betrokken. Dit is per regio terug te vinden in bijlage 5 van het rapport.

41.

In hoeverre zijn er burgerconsultaties geweest bij het opstellen van de regiobeelden?

Volgens de respondenten waren patiënten en/of burgers in 30 tot 70% van de initiatieven betrokken. In het onderzoek is geen onderscheid gemaakt tussen burgers die wel of geen zorg ontvangen.

42.

In hoeverre is er afstemming geweest met regiobestuurders bij het opstellen van de regiobeelden?

Partijen uit de regio hebben zelf de regiobeelden opgesteld of daartoe opdracht gegeven aan een adviesbureau. Afstemming met regiobestuurders vindt dus plaats binnen de regio. Bijlage 5 bevat een overzicht van partijen die per regio betrokken zijn. In hoeverre het hier bestuurders betreft is niet in kaart gebracht.

43.

In het rapport van Berenschot wordt aangegeven dat meer gestuurd moet worden op het bevorderen van gezondheid in plaats van ziekte-gezondheid, hoe kan het dan dat juist de GGD'en en eerstelijnspartners nog maar beperkt betrokken worden bij het opstellen van de regiobeelden?

Zie het antwoord op vraag 7.

44.

Zijn in alle regio's alle ketenpartners in de zorg betrokken?

Zie het antwoord op vraag 40.

45.

Hoe wordt het onderstaande probleem zo spoedig mogelijk aangepakt, namelijk dat in het rapport wordt aangegeven dat het een ambitie is om zorgpersoneel in te zetten voor verschillende zorgaanbieders in de regio, zodat bijvoorbeeld in de wijkverpleging meer uren kunnen worden gemaakt en jonge starters een volwaardig contract kunnen krijgen, maar waarbij ook aangegeven wordt dat partijen op dit gebied hinder ondervinden van fiscale regels, waardoor dit veel administratie vergt?

Zorgprofessionals die meer uren willen werken, moeten dat ook kunnen. We zetten actief in op regionale samenwerking. Een van de opties daarbij is om een gezamenlijke flexibele schil te formeren. Met zo'n gezamenlijke flexibele schil kunnen zorginstellingen makkelijker hun roosters opgevuld krijgen en kunnen de betrokken werknemers bij de aangesloten zorginstellingen meer uren worden ingezet. Afhankelijk van de vormgeving van de samenwerking kan daarbij sprake zijn van btw bij de uitwisseling. Om zorgaanbieders hierin te ondersteunen, hebben we de afgelopen periode reeds actief ingezet op meer informatie over de

samenhang tussen de vorm van samenwerking en btw. Voor een stand van zaken over de acties in het kader van flexibilisering van de arbeidsmarkt verwijst ik graag naar de Voortgangsrapportage Werken in de Zorg⁴.

Daarnaast ondersteun ik de aanpak van stichting Het Potentieel Pakken, gericht op een hogere deeltijdfactor. Het Potentieel Pakken heeft inmiddels een viertal proeftuinen bij zorginstellingen. Binnen de aanpak zijn zes oplossingsrichtingen benoemd, waaronder de «rooster booster»: een instrument om meer duidelijkheid te creëren over roosters bij grotere contracten en belemmeringen in het roosterproces weg te nemen. In de Kamerbrief «Breed pakket voor werken in de zorg⁵» hebben de Minister en Staatssecretaris van VWS, en ik aangekondigd deze aanpak op te schalen zodat veel meer organisaties hiermee aan de slag kunnen. In dezelfde brief hebben tevens aangekondigd de SER te vragen om een

⁴ Kamerstuk 29 282, nr. 416.

⁵ Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 411.

verkenning uit te voeren naar specifieke arbeidsmarktknelpunten. Mogelijkheden om de contractomvang te vergroten zijn daarbij nadrukkelijk als aandachtspunt benoemd.

46.

Hoe wordt het verkleinen van gezondheidsverschillen meer en/of sterker verankerd in de regiobeelden?

Het doel van regiobeelden is om de ontwikkelingen in populatie en zorgbehoefte in kaart te brengen, zodat partijen weten welke opgave hen te wachten staat en vervolgens een regioplan kunnen maken om deze opgave het hoofd te bieden. Daar waar het regiobeeld aantoont dat gezondheidsverschillen een knelpunt vormen, kan het verkleinen van gezondheidsverschillen dus deel uit maken van het regioplan.

Ook op landelijk niveau is aandacht voor gezondheidsverschillen en wordt gewerkt aan handelingsperspectieven die ook bruikbaar zijn op regionaal niveau. Zo start de Nationale Wetenschapsagenda een onderzoeksprogramma gericht op domeinoverstijgende aanpakken die de gezondheid van mensen met een lagere sociaaleconomische positie in de samenleving duurzaam verbeteren.

47.

Kunt u verklaren hoe het komt dat:

- a) een groot deel van de gevraagde zorgverzekeraars aangeeft dat er nog geen gezamenlijke opgave en van daaruit acties en afspraken zijn geformuleerd;
- b) ongeveer driekwart van de gemeenten aangeeft dit (nog) niet te hebben gedaan dan wel hier niet bij betrokken te zijn geweest en
- c) een derde van de bevroegde voucheraanvragers nog geen stappen heeft gezet in de regionale opgave en nog geen gezamenlijke acties en afspraken heeft geformuleerd?

De regiobeelden vormen het startpunt van de transformatie in de regio. Pas als er een helder, feitelijk beeld bestaat van de ontwikkelingen van de sociale – en gezondheidssituatie in een regio, kunnen partijen bepalen hoe ze zich gezamenlijk op de toekomstige zorgvraag voorbereiden. Het formuleren van gezamenlijke opgaven, acties en afspraken is dus een logische vervolgstap na het opleveren van een regiobeeld. Deze vervolgstap vereist zorgvuldige afstemming tussen partijen in de regio. De ene regio is al verder in dit proces dan de andere. Daarbij komt dat deze afstemmingsprocessen als gevolg van de coronapandemie zijn vertraagd. Dit verklaart waarom het regiobeeld in veel gevallen nog niet is vertaald naar concrete actieplannen.

48.

Welke vervolgstappen gaat u nemen op de regiobeelden en welke tijdslijn heeft u daarbij voor ogen, in aanmerking genomen dat bij 50% van de regiobeelden de opgaven nog vertaald moeten worden naar concrete afspraken en acties?

Het verder brengen van regiobeelden en de daaruit voortvloeiende regioplannen is onderwerp van gesprek met de partijen die de hoofdlijn-akkoorden ondertekend hebben. Zodra de ontwikkelingen rondom de coronacrisis het toelaten, zal ik met hen in gesprek gaan over de resultaten van het voorliggende onderzoek en mogelijke vervolgstappen. Daar zal ik ook de eerste inzichten uit de lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek, die later dit jaar bekend worden, bij betrekken.

49.

Welke belemmeringen worden in de contourennota opgepakt of op een andere wijze landelijk opgelost, aangezien in het Berenschot-rapport verschillende belemmeringen worden genoemd die op verschillende niveaus spelen?

In de contourennota richten we ons op uiteenlopende belemmeringen die de houdbaarheid van onze gezondheidszorg, gezien de uitdagingen die de komende jaren, onder druk zetten. Dat kunnen zowel belemmeringen zijn die op landelijk niveau spelen als belemmeringen die regionaal of lokaal spelen. De uitkomsten van het onderzoek van Berenschot worden daarbij betrokken.

50.

Herkent u de in het rapport genoemde belemmering dat er gebrek is aan (inzicht in) landelijke kaders over wat van een regio verwacht wordt betreffende samenwerking en governance? Zo ja, welke concrete stappen worden hierop genomen?

Dit knelpunt is vaker tot mij gekomen. De discussienota «Zorg voor de toekomst» dat later dit jaar in consultatie zal gaan, zal hierop nader ingaan en bevat tevens beleidsopties.

51.

Herkent u de in het rapport genoemde belemmering dat er gebrek is aan integraliteit: de definities en daarmee samenhangende registratie van gegevens zouden niet eenduidig zijn, hetgeen koppeling en interpretatie in de weg zouden zitten? Klopt het dat ook de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) vrije uitwisseling van informatie belemmert? Zo ja, welke acties onderneemt u op dit punt?

Ik herken het beeld dat er veel verschillende oplossingen in de praktijk gebruikt worden die technisch niet allemaal goed met elkaar kunnen communiceren. Ook herken ik dat er geen eenheid is van taal en werkwijze. Dit laatste maakt dat er niet altijd een eenduidige definitie en samenhangende registratie is van gegevens. Om dit aan te pakken kom ik met het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg waarmee ik middels standaardisatie op taal en techniek meer eenduidigheid wil afdwingen. Het opstellen van die standaarden zal overigens in nauwe samenwerking met de zorgsector zelf plaatsvinden.

Er zijn situaties bekend waarbij de AVG als belemmerend wordt ervaren bij het uitwisselen van patiëntgegevens in de zorg. Omdat na het ingaan van de AVG de nodige vragen binnen het zorgveld leefden, is in samenwerking met diverse koepelorganisaties uit de zorg, het sociaal domein, NOC*NSF en het Ministerie van VWS de AVG-Helpdesk voor Zorg, Welzijn en Sport opgericht⁶.

Na bijna 2,5 jaar blijken bij zorgverleners, die in hun dagelijkse werk met de verwerking van persoonsgegevens en het uitwisselen van informatie te maken krijgen, nog veel onduidelijkheden te leven. De AVG-Helpdesk wil benadrukken dat er onder de huidige AVG-wetgeving juist heel veel mag en mogelijk is en streeft ernaar eventuele twijfels over foutief handelen met persoonsgegevens weg te nemen, bijvoorbeeld door actief de dialoog met het zorgveld aan te gaan over wat er wel mag.

⁶ De meest gestelde vragen zijn gebundeld en staan op www.avghelpdeskzorg.nl.

52.

Herkent u de in het rapport genoemde belemmering dat wettelijke kaders en bekostiging zijn ingericht per domein en niet gericht zijn op domein overstijgende initiatieven? Zo ja, welke concrete stappen worden genomen op dit punt?

Het klopt dat de wettelijke kaders per domein zijn ingericht, en de bekostiging verschilt per sector. In de verschillende bekostigingssystemen is op onderdelen wel ruimte voor sectoroverstijgende bekostiging. In segment 2 van de huisartsenzorg, multidisciplinaire zorgverlening, wordt de zorg vanuit verschillende disciplines (huisartsenzorg, fysiotherapie) rond een aandoening gezamenlijk bekostigd. Ook loopt er bijvoorbeeld een experiment met integrale geboortezorg. Daarnaast is er de mogelijkheid via de beleidsregel innovatie te experimenteren met sector- en domeinoverstijgende (Zvw/Wlz) bekostiging.

53.

Kunt u duiden welke belemmeringen door Berenschot zijn aangemerkt als reëel aangetoonde belemmeringen, los van gunnen en willen, aangezien op pagina 26 belemmeringen in het stelsel worden gerubriceerd en op pagina 28 staat vermeld dat sommige belemmeringen reëel zijn en soms perceptie, omdat er een feitelijke samenhang bestaat met willen en gunnen? Vindt u ook niet dat het relevant is om getoetste knelpunten in het stelsel scherp te hebben, in plaats van dat deze alleen gebaseerd zijn op «beelden of indrukken», aangezien dit rapport immers dient als input voor de contourennota?

Berenschot heeft niet per belemmering geïnventariseerd in hoeverre er sprake is van een reële dan wel gepercipieerde belemmering. Wel is er tijdens een rationalisatiesessie met het Zorginstituut, ZonMw, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Autoriteit Consument en Markt, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en RIVM stil gestaan bij de vraag of de gerubriceerde belemmeringen door deze partijen herkend werden en in hoeverre zij gelet op hun ervaringen het beeld delen dat er hierbij sprake is van feitelijke belemmeringen. Zij herkenden de belemmeringen, maar gaven ook aan dat willen en gunnen een rol spelen. Daar waar partijen samen geloven in de opgave die moet worden gerealiseerd en mensen elkaar weten te vinden, zijn partijen beter in staat om belemmeringen het hoofd te bieden.

Om knelpunten weg te nemen is het uiteraard relevant om te weten in hoeverre deze voortkomen uit het stelsel en dus «feitelijk» zijn. Dit rapport is slechts één van de bronnen die worden benut voor de contourennota. Zo hebben vele andere partijen, waaronder veldpartijen, mede-overheden en toezichthouders, input geleverd en worden onder meer verschillende onderzoeken en de adviezen van de sociaaleconomische Raad en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid geraadpleegd. Daarmee ontstaat een scherpere analyse van de knelpunten.

54.

Klopt het dat u vooral op het punt van digitalisering echt een verschil zou kunnen maken, want op pagina 30 wordt gesproken over oplossingsrichtingen: «De meeste van deze oplossingsrichtingen hebben partijen zelf in de hand of vragen landelijke ondersteuning»? Welke concrete punten zitten hier in die u zult versnellen dan wel in gang zult zetten?

Zorg vindt nog altijd in de regel plaats in de regio. Ook de implementatie van gegevensuitwisseling vindt regionaal samen met zorgverleners plaats. Er is een programma in voorbereiding rondom het ondersteunen, verbreden en versterken van regionale samenwerkingsorganisaties die

zich bezighouden met gegevensuitwisseling. Het gaat om kennisopbouw, leren van elkaar en het creëren van landelijke dekking. De verwachting is dat het programma in 2021 van start gaat.

Op basis van de huidige gepubliceerde regiobeelden blijkt dat de zorg in de regio onder druk staat. De knelpunten zijn extra lastig op te lossen in die regio's met een uitgestrekte en dunbevolkte karakter van regio's bijvoorbeeld Zeeland, Flevoland en Noord-Nederland. Om gericht de knelpunten zoals benoemd in de regiobeelden te adresseren, is er onder andere een proof of concept in voorbereiding in een van deze regio's, om te kijken welke oplossingen in samenwerking en gegevensuitwisseling in zo'n situatie werken en opgeschaald kunnen worden naar andere dunbevolkte regio's.

55.

Hoe beoordeelt u de geschetste oplossingsrichtingen op landelijk niveau, zoals genoemd op pagina 30 en 31?

Ik ben van mening dat de oplossingsrichtingen die Berenschot schetst mogelijk behulpzaam kunnen zijn om samenwerking in de regio te bevorderen. Aan een aantal oplossingen wordt al gewerkt, zoals het stroomlijnen van de inrichting en mogelijkheden tot koppeling van ICT-systemen. Andere oplossingen vragen om nadere uitwerking, bijvoorbeeld waar het gaat om flexibele bekostigingsvormen of handvatten hoe regionale samenwerking vorm moet krijgen. Deze oplossingsrichtingen neem ik mee in de discussienota «Zorg voor de Toekomst» dat later dit jaar in consultatie zal gaan.