

29 247 Acute zorg

Nr. 460 Brief van de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Den Haag, 27 mei 2025

Met deze brief informeer ik u over de voortgang van de implementatie van zorgcoördinatie sinds de oplevering van het implementatieplan¹ en de bijbehorende Kamerbrief van 14 februari 2024². In deze brief geef ik een korte terugblik op de behaalde resultaten en schets de verwachtingen voor de komende jaren.

Doel van zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie is bedoeld om patiënten snel en effectief te helpen bij acute, niet-levensbedreigende zorgvragen buiten kantoortijden. Niemand belt voor zijn plezier de huisartsenspoedpost of 112 en als je hier toch gebruik van moet maken, moet deze zorg uiteraard bereikbaar en beschikbaar zijn. Maar op dit moment is er veel druk op de acute zorg en dit zal in de toekomst alleen maar toenemen, terwijl de menskracht schaars is. Om dit het hoofd te bieden moeten alle aanbieders in de gehele acute zorg samenwerken. Dit doen ze onder andere door gezamenlijke zorgcoördinatie zodat patiënten in één keer (“first time right”) de juiste zorg ontvangen van de juiste zorgverlener, op de juiste plek en op het juiste moment.

In de praktijk betekent dit dat de huisartsenspoedpost (HAP), spoedeisende hulp (SEH), ambulancezorg, acute geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en aanbieders van kortdurend verblijf in de Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) meer samenwerken in de telefonische triage. Als iemand buiten kantoortijden geen direct levensbedreigende, maar wel acute zorg nodig heeft, zet de triagist van de zorgaanbieder die de telefoon opneemt voortaan brede triage in. Dat wil zeggen dat de triagist goed luistert naar de hulpvraag van de patiënt en die zorgvuldig beoordeelt. Hierbij kijkt hij of zij niet alleen naar de (on)mogelijkheden van het eigen zorgaanbod, maar maakt gebruik van de kennis van en begrip voor het werk en de werkwijze van andere ketenpartners. Hierdoor kan in dit gesprek soms worden geconcludeerd dat de zorg die één van de andere ketenpartners biedt het beste past bij de hulpvraag en kan deze zorg door goede

¹ [Implementatieplan Zorgcoördinatie | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

² [Kamerbrief over vervolg implementatie zorgcoördinatie | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

samenwerkingsafspraken zonder onnodige tussenstappen worden ingezet. Je wilt bijvoorbeeld niet dat een patiënt naar een huisartsenspoedpost of spoedeisende hulp moet komen, terwijl zijn hulpvraag ook of soms zelfs beter kan worden opgelost door een bezoek van de wijkverpleegkundige aan huis. Zorgcoördinatie is prettig voor de patiënt, in het genoemde voorbeeld hoeft deze niet onnodig te reizen en te wachten, het stelt zorgprofessionals in staat om hun expertise op de juiste manier in te zetten en tegelijkertijd zorgt het voor een betere verdeling van de druk over de gehele acute zorgketen.

Het is daarbij cruciaal dat triagisten en zorgverleners weten welke zorgaanbieder ook daadwerkelijk tijd en plek heeft voor het verlenen van deze zorg. Doordat alle betrokken zorgaanbieders informatie met elkaar delen over drukte en beschikbaarheid van zorgverleners en acute bedden, is het zowel voor de triagist bij acute hulpvragen van patiënten als voor zorgverleners die passende en beschikbare acute (vervolg)zorg zoeken voor hun patiënt sneller duidelijk waar op welk moment plek is. Door dit inzicht in capaciteit in combinatie met brede triage ontlasten we zorgprofessionals en voorkomen we onnodig gebruik van acute zorg, zoals ambulanceritten en huisartsenvisites.

Planvorming en pilots

Zorgcoördinatie is niet nieuw. Op verschillende plekken in het land bestaan al jarenlang samenwerkingen die op hun eigen manier en schaal een vorm van zorgcoördinatie aanbieden. Naar aanleiding hiervan werd in 2019 het Programma Pilots Zorgcoördinatie gestart, waarin verschillende concepten van zorgcoördinatie op lokale/regionale schaal werden getest en gemonitord. Hoewel door verschillende redenen (o.a. veelheid aan concepten, onmeetbare indicatoren en de invloed van pandemie) het niet mogelijk was universele kwantitatieve resultaten van deze pilots te bepalen, waren de kwalitatieve resultaten en ervaringen van betrokkenen positief. Zo zijn er in de regio's Zwolle en Midden-Nederland goede ervaringen met een fysiek zorgcoördinatiecentrum waarin de triage voor de (sub)regio op één locatie wordt uitgevoerd door de diverse betrokken zorgorganisaties. Hierdoor is het mogelijk om laagdrempelig te overleggen of mee te luisteren, en weten zorgverleners elkaar beter te vinden. Op dezelfde locatie vindt ook de coördinatie voor het kortdurend verblijf en andere acute zorgbedden plaats. Deze samenwerking hoeft echter niet per se fysiek te zijn om als succesvol te worden ervaren. Zo richtte de pilot in de regio Rotterdam-Rijnmond zich bijvoorbeeld onder andere op het herkennen en aanpassen van zorgpaden waarbij patiënten voorheen door de huisarts werden gezien, maar de inzet van de wijkverpleegkundige passender is. Deze en andere

initiatieven voortkomend uit de pilots zorgcoördinatie zijn dan ook grotendeels voortgezet en verder uitgebreid.

Gezamenlijk hebben het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), Ambulancezorg Nederland (AZN), InEen, ActiZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het *Adviesrapport Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie opgesteld*³, waarin uitgewerkt is hoe zorgcoördinatie in de praktijk kan worden ingericht. *Op basis hiervan* heeft mijn ambtsvoorganger de Tweede Kamer geïnformeerd over de structurele inrichting van zorgcoördinatie⁴. Om de betrokken partijen in de Regionale Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)-regio's te ondersteunen bij de implementatie heeft VWS begin 2024 het *Implementatieplan Zorgcoördinatie*⁵ opgesteld. Dit implementatieplan was grotendeels gebaseerd op de vervolgstappen en aanbevelingen uit het adviesrapport Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie en was bedoeld om kaders en handvatten voor de regionale implementatie van zorgcoördinatie te geven en inzicht te bieden in de landelijke stappen die nodig zijn om zorgcoördinatie mogelijk te maken.

Voortgang tot en met voorjaar 2025

Voortgang in de regio

In 2024 zijn de betrokken zorgaanbieders in alle Regionale Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)-regio's gestart met de stappen die nodig zijn om tot een gezamenlijk transformatieplan te komen om zorgcoördinatie te realiseren. Elke regio kende een eigen startpunt, met soms al bestaande vormen van zorgcoördinatie of andersoortige samenwerking die moesten samenkomen tot één plan voor de gehele regio. Hierdoor waren de stappen uit het implementatieplan niet voor elke regio op hetzelfde moment toepasbaar. Bovendien bleken sommige stappen ingewikkelder dan van tevoren gedacht. Hierdoor kende het opstellen en beoordelen van de snelle toetsen en transformatieplannen in de praktijk een langere doorlooptijd dan verwacht. Inmiddels hebben echter alle regio's de stap van de snelle toets doorlopen, waarbij de regionale zorgverzekeraars op basis van een eerste transformatievoorstel beoordelen of dit voorstel aan de criteria en voorwaarden voldoet voor een impactvolle zorgtransformatie. Na een positief advies kan

³ [Advies Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

⁴ [Kamerbrief over inrichting zorgcoördinatie | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

⁵ [Implementatieplan Zorgcoördinatie | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

de regio het voorstel verder uitwerken in een transformatieplan. In een aantal regio's leggen de ROAZ-partijen met behulp van (sub)regionale projectleiders de laatste hand aan de transformatieplannen en in de andere regio's hebben ze het transformatieplan al formeel ingediend bij hun zorgverzekeraar ter beoordeling. Tegelijkertijd lopen de bestaande pilots en initiatieven waar zorgcoördinatie al in de praktijk wordt gebracht gewoon door. Ook worden in de regio's al diverse nieuwe projecten gestart om de transformatie te kunnen maken, zoals het maken van afspraken tussen triagisten van de HAP en GGZ crisisdienst over samenwerking, consultatie en doorverwijzing.

Voortgang landelijk

De stappen uit het implementatieplan die op landelijk niveau moesten worden gezet, zijn begin 2025 vrijwel allemaal afgerond. Om dit te bereiken is een projectstructuur opgezet met landelijke overleggen en werkgroepen om de regio's te ondersteunen bij het aanpakken van specifieke onderwerpen, zoals Zorgprocessen en Technische Infrastructuur. Een voorbeeld van een resultaat uit deze werkgroepen is het handvattendocument Digitale ondersteuning zorgcoördinatie, waarmee regio's inzicht krijgen in de mogelijkheden die er zijn voor digitale oplossingen in hun regio. Op de website van de Juiste Zorg op de Juiste Plek is een pagina voor zorgcoördinatie ingericht waar betrokkenen relevante informatie kunnen vinden en met elkaar kunnen delen. Daarnaast is eind 2024 de brief *Brede triage*⁶ door alle betrokken branche- en koepelorganisaties⁷ opgesteld en aan de regionale zorgaanbieders in de ROAZ-regio's gestuurd om onduidelijkheid over de definitie hiervan te verhelpen.

Vooruitblik tweede helft 2025 – 2027 & daarna

De uitvoering van de transformatieplannen staat de komende periode centraal. De regie hiervoor ligt bij de regio's. Dit betekent dat wat er op welk moment nodig is, afhankelijk is van de ontwikkelingen, knelpunten en behoeftes in de regio. VWS heeft daarom in afstemming met Bestuurlijk Overleg (BO)-partijen⁸ een werkagenda⁹ opgesteld, die richting geeft aan rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen, zowel (sub)regionaal als landelijk, tijdens de transformatie. Daarin staat onder andere

⁶ [Brief brede triage | Brief | dejuistezorgopdejuisteplek.nl](#)

⁷ De betrokken branche- en koepelorganisaties zijn ActiZ, AZN, deNLggz, InEen, LHV, LNAZ, NVZ, NFU, VWS en ZN

⁸ De Bestuurlijk Overleg-partijen zijn ActiZ, AZN, deNLggz, InEen, LHV, LNAZ, NVZ, NFU, VWS en ZN.

⁹ [Werkagenda zorgcoördinatie 2025-2027 | Rapport | Rijksoverheid.nl](#).

dat VWS ondersteunt waar nodig, onder meer op thema's met langere doorlooptijd. Zo zijn op een vijftal onderwerpen de afgelopen periode belangrijke stappen gezet, maar blijft der komende jaren inzet van VWS en andere betrokkenen nodig:

- Inzicht in capaciteit: In april 2025 hebben de BO-partijen zich gecommitteerd aan bestuurlijke afspraken over Inzicht in Zorgcapaciteit. Deze zien onder meer op het ontsluiten van data van én aansluiting door aanbieders in de acute zorgketen. Voor elke sector is of wordt een aparte module ontwikkeld door de stichting Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) waarmee de relevante informatie wordt opgehaald en getoond. Om te bepalen welke informatie per sector relevant en bruikbaar is, doet een klein deel van de aanbieders in een sector mee met een pilots voor de ontwikkeling van de modules. Op basis van de uitkomsten wordt definitief vastgesteld welke informatie in de modules dient te worden opgenomen. Wanneer de module vervolgens technisch gereed is, kunnen zorgaanbieders hierop aansluiten en de capaciteitsinformatie automatisch aanleveren. Om de voortgang te monitoren, zijn de partijen meerdere evaluatiemomenten overeengekomen totdat eind 2027 alle aanbieders in de acute zorgketen hun beschikbare capaciteit met elkaar delen.
- Lerend zorgsysteem: De manier waarop zorgcoördinatie wordt ingevuld, kan per regio verschillen. Om inzicht te krijgen in de implementatie en de resultaten van zorgcoördinatie, hebben betrokken partijen een startset aan indicatoren ontwikkeld zodat alle ROAZ-regio's zicht krijgen op de voortgang en effecten van zorgcoördinatie in de eigen (sub)regio('s). Enkel het weergeven van de resultaten in een monitor is echter onvoldoende om beweging en verandering op gang te brengen. De komende jaren wil ik daarom in elke regio leernetwerken oprichten die aansluiten bij de behoeften vanuit de regio's en ze ondersteunen bij het implementeren en verder ontwikkelen van zorgcoördinatie. Concreet betekent dit dat zij de beschikking krijgen tot een platform voor het uitwisselen van kennis en informatie tussen regio's en een monitor die de indicatoren van zorgcoördinatie weergeeft. Op basis van deze informatie kunnen (sub)regio's zelf en onderling in gesprek gaan over de indicatoren, waardoor een cyclus van leren en verbeteren op verschillende schaalniveaus ontstaat.
- Pilots meldkamer ambulancezorg: In het kader van de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie en de toenemende personele krapte op de meldkamer ambulancezorg is de

behoefte ontstaan om met nieuwe, specifiek op de meldkamer gerichte pilots te onderzoeken of het wenselijk is de meldkamerfunctie geheel of gedeeltelijk buiten de meldkamer uit te voeren. Op dit moment zijn er twee pilotaanvragen ingediend en goedgekeurd. Begin 2025 is de eerste pilot van start gegaan, de tweede pilot gaat naar verwachting rond de zomer van 2025 van start. De pilots lopen tot maximaal 1 januari 2027.

Om de effecten van de pilots in kaart te brengen, worden de pilots gedurende de looptijd met behulp van KPI's gemonitord. Daarnaast wordt met behulp van interviews ook kwalitatieve data over de ervaringen met de pilots verzameld. De resultaten van dit onderzoek, naar de aansluiting tussen de meldkamerfunctie ambulancezorg en zorgcoördinatie, worden begin 2027 verwacht en zal ik met uw Kamer delen.

- Governance: Afgelopen jaar is door VWS een 'lijst met cruciale onderwerpen' opgesteld, waarmee regio's invulling kunnen geven aan de formalisering van hun samenwerkingsafspraken, bijvoorbeeld in een samenwerkingsovereenkomst. Daarnaast is er een onderzoek gestart om scenario's voor duurzame governancestructuren voor zorgcoördinatie in beeld te brengen op basis van de beelden en wensen rond samenwerking van de ROAZ-regio's én individuele zorgaanbieders. Het eindrapport met de governance-scenario's wordt vóór de zomer verwacht en zal samen met de oplevering van de laatste transformatieplannen een belangrijke basis vormen om in de tweede helft van 2025 het gesprek te voeren met betrokkenen uit de ROAZ-regio's en de BO-partijen over duurzame samenwerking op het gebied van zorgcoördinatie in de verdere toekomst.
- Bekostiging: Op het gebied van bekostiging heb ik, na publicatie van het 'Advies Budgetbekostiging zorgcoördinatie¹⁰' door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), verder in kaart gebracht wat kansen en risico's zijn voor het toekomstige bekostigingsinstrumentarium. Ik heb daarbij geconcludeerd dat er eerst meer duidelijk moet zijn over de regionale invulling van zorgcoördinatie. Het uitgangspunt is namelijk dat de wijze van bekostiging niet leidend moet zijn, maar juist volgt op hoe zorgcoördinatie wordt vormgegeven. Daarnaast is er grote onderlinge verwevenheid tussen de bekostiging en de governance, omdat de manier waarop de governancestructuren worden ingericht, invloed heeft op de (on)mogelijkheden voor bekostiging en andersom. Ik verwacht daarom dat bekostiging

¹⁰ [Advies Budgetbekostiging zorgcoördinatie | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

wordt meegenomen in de gesprekken met partijen over governance in de tweede helft van 2025, wanneer ook de inhoud van de laatste transformatieplannen bekend zijn.

De transformatieplannen hebben een looptijd tot eind 2027. Dat betekent dat de komende jaren in het teken staan van de uitvoering van deze plannen met als doel de volledige implementatie van zorgcoördinatie in heel Nederland vanaf 2028. Hiermee wordt het landelijke traject van pilots, planvorming en implementatie afgerond. Zorgcoördinatie zal dan onderdeel zijn van de acute zorg en de betrokken zorgaanbieders zullen dit op de reguliere wijze door leren en verbeteren verder ontwikkelen. Dit betekent ook dat taken en verantwoordelijkheden die gedurende het implementatietraject tijdelijk bij onder andere VWS belegd zijn, de komende jaren stapsgewijs worden afgerond of overgedragen naar de betrokken zorgaanbieders en/of branche- en koepelorganisaties, zodat deze structureel worden geborgd. Denk hierbij aan het voorzetten van het lerend zorgsysteem of het organiseren van structureel of incidenteel overleg binnen of tussen regio's en/of sectoren over zorgcoördinatie. Indien nodig behoudt VWS ook na 2027 een actieve rol op inhoudelijke dossiers, bijvoorbeeld voor thema's als bekostiging en financiering met een langere doorlooptijd.

Tot slot

Met deze voorgangsbrief wordt de schriftelijke toezegging uit de Kamerbrief van februari 2024 om de Kamer te informeren over de stand van zaken van zorgcoördinatie afgedaan. Ik vertrouw er dan ook op dat deze voortgangsupdate u voldoende inzicht heeft gegeven in de actuele stand van zaken rondom zorgcoördinatie.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Agema