



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bestuurlijke afspraken 'Inzicht in Zorgcapaciteit'

*ActiZ, AZN, InEen, LNAZ, de Nederlandse
ggz, NFU, NVZ, ZN en VWS*



Samen gezond, fit en veerkrachtig

Inhoud

1	Aanleiding	3
2	Bestuurlijke afspraken	6
3	Evaluatiemomenten	8
	Bijlage 1 Richtinggevend tijdpad	9

1 Aanleiding

De zorg moet voor iedereen in Nederland betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit zijn, ondanks toenemende schaarste aan zorgpersoneel en middelen. Om de acute zorg optimaal in te richten, is in het Integraal Zorgakkoord (IZA) opgenomen dat zorgcoördinatie noodzakelijk is. Goede acute zorg is immers een ketenverantwoordelijkheid, en inzicht in de beschikbare (en benodigde) zorgcapaciteit binnen de keten maakt daar een belangrijk onderdeel van uit.

In het IZA is het volgende afgesproken: “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 ‘herkenbare & aanspreekbare wijkverpleging’.” In het Implementatieplan Zorgcoördinatie staat dat alle zorgaanbieders aansluiten op LPZ (mits technisch mogelijk) en gebruik maken van de voor hun sector relevante modules die het LPZ ter beschikking stelt. In navolging van de genoemde afspraken zijn er regionaal al mooie, eerste stappen gezet om zorgcoördinatie in te richten door onder andere het delen van capaciteitsinzicht. Tevens heeft het LNAZ in het plan ‘Aanpak uitrol LPZ’ beschreven hoe zij de toekomstige modules voor het LPZ uit gaan werken, ontwikkelen en testen, zodat verdere aansluiting op het LPZ mogelijk is.

Om inzicht in zorgcapaciteit snel te realiseren, is het van belang dat er nadere afspraken gemaakt worden over de aansluiting op het LPZ en de bijbehorende aanlevering van data. De eerdere afspraken in het IZA geven duidelijk richting, maar verdienen ook een concretere uitwerking om uiteindelijk inzicht in de gehele acute zorgketen¹ te verschaffen. Inzage in capaciteit kan namelijk helpen om (intensiever) samen te werken in de regio, maar er is meer nodig dan inzage in capaciteit alleen. Het gaat uiteindelijk ook om de afspraken die gemaakt worden tussen de betrokken partijen over de invulling van capaciteit.

Doel van nadere bestuurlijke afspraken over inzicht in capaciteit

Het verschaffen van inzicht in capaciteit betreft een gezamenlijke opgave, en deze opgave is groot. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid om dit mogelijk te maken, want structureel inzicht in actueel beschikbare acute zorgcapaciteit en de daarbij behorende werkafspraken zijn noodzakelijke voorwaarden voor zorgcoördinatie. Hierdoor:

- kan crowding worden voorkomen (te veel patiënten melden zich op dezelfde plek op hetzelfde moment);
- kan er gericht gebeld worden voor een beschikbare plek om een patiënt over te plaatsen, altijd in overleg;
- wordt de in-, door- en uitstroom van patiënten verbeterd;
- kan er regionaal beter worden gestuurd op het op- of afschalen van capaciteit wanneer de drukte toe- of afneemt;
- kunnen op basis van geaggregeerde data-analyses regionaal en landelijk betere afspraken worden gemaakt over de beschikbaarheid van (acute) zorg.

De infrastructuur om het inzicht in capaciteit mogelijk te maken vormt tevens de noodzakelijke fundering voor de acute zorgketen ten tijde van crises. Deze crisissituaties vallen echter buiten de scope van de bestuurlijke afspraken, in crisistijd dienen aanvullende afspraken gemaakt te worden.

Met deze bestuurlijke afspraken komen ActiZ, AZN, InEen², LNAZ, de Nederlandse ggz, NFU, NVZ, ZN en VWS (hierna: partijen) overeen, inzicht in zorgcapaciteit structureel mogelijk te maken. De partijen zien het als een gezamenlijke verantwoordelijkheid om deze afspraken te realiseren. Mochten deze afspraken onverhoopt moeizaam tot uitvoering komen, dan kan de minister van VWS besluiten alsnog over te gaan tot wetgeving ten aanzien van het bieden van inzicht in actueel beschikbare acute zorgcapaciteit.

¹ Dit betreft de gehele keten van in-, door- en uitstroom van acute zorg, waaronder maar niet uitsluitend de huisartsenspoedposten, de acute ggz, de geboortezorg, de acute vvt, diverse ziekenhuisafdelingen en de ambulancezorg.

² InEen vertegenwoordigt hierin het perspectief van de huisartsenspoedposten en de huisartsen in goede afstemming met de LHV.

Partijen onderschrijven daarbij de volgende uitgangspunten:

- a. Partijen voelen een gezamenlijke verantwoordelijkheid als het gaat om het realiseren van deze bestuurlijke afspraken. De uitdagingen waar individuele sectoren voor aan de lat staan, vragen een gezamenlijke oplossing. Acute zorg kent een hoge in-, door- en uitstroom van patiënten in de gehele acute zorgketen. Het borgen van inzicht in capaciteit is dan ook geen sectorale aangelegenheid, maar een ketenverantwoordelijkheid. Het uiteindelijke doel is om inzicht in actueel beschikbare capaciteit te realiseren in de brede acute zorgketen.
- b. Partijen erkennen dat verschillende sectoren een verschillend startpunt kennen en dat de ontwikkelingsvraagstukken verschillen. Hierin geven partijen elkaar de nodige ruimte in het afgesproken richtinggevend tijdpad. Dit omvat enerzijds het tijdpad voor het uitwerken, ontwikkelen en testen van modules (overgenomen uit het LPZ-plan 'Aanpak uitrol Landelijk Platform Zorgcoördinatie') en anderzijds het tijdpad voor de implementatiefase.
- c. Conform het LPZ-plan vormen de volgende (bestaande of nog (om) te vormen) modules de basis van inzicht in de brede acute zorgketen: module Acute VV, module Acute GGZ, module HAP, module RAV, module Onplanbare Wijkverpleging en een aantal ziekenhuismodules, te weten: Spoed, Kliniek (Profielpagina, NICU & PICU), Covid en Geboortezorg. Consensus over duidelijke, landelijk dekkende definities betreffende de aan te leveren data is van belang om te begrijpen waar precies inzicht in wordt verschaft. Waar 100% aansluiting en (automatische) aanlevering op de LPZ-modules al plaatsvindt, dient dat gecontinueerd te worden conform het LPZ-plan.
- d. De exacte inhoud van de modules staat op dit moment nog niet vast, pas na afloop van de pilots is duidelijk welke exacte capaciteitsinformatie bruikbaar is voor het primaire zorgproces en welke databehoeftes er is bij (andere) betrokken partijen. Met deze bestuurlijke afspraken committeren partijen zich aan de uitkomsten van de pilots, waarbij de gezamenlijke inzet is dat alle informatie die bruikbaar is gebleken in de pilot onderdeel wordt van de definitieve betreffende module. Mochten de uitkomsten van een pilot aanleiding geven tot wijziging van de afspraken over de inhoud, de implementatie en/of het bijbehorende tijdpad, kan voorafgaand aan het derde evaluatiemoment een voorstel worden gedaan tot herijking van deze afspraken. Herijking vindt alleen plaats als partijen dit voorstel unaniem steunen.
- e. Om de gezamenlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van de (te vormen) LPZ-modules en de aansluiting daarop door individuele zorgaanbieders verder te onderschrijven, zullen ondertekende partijen, met uitzondering van VWS en ZN, tevens het bestuur van Stichting LPZ vormen.
- f. Aansluiting op de LPZ-modules gebeurt door middel van automatische aanlevering. Daar waar dit (technisch) nog niet mogelijk is, moet zicht zijn op toekomstige automatische aanlevering. Dit is in het belang van de aanleverende partij zelf, om de administratieve lasten tijdens en na het realiseren van deze afspraken tot het minimale te beperken. Stichting LPZ treedt zo nodig in overleg met ICT-leveranciers die hier invloed op hebben. Wanneer deze overleggen niet leiden tot werkbare oplossingen, gaat Stichting LPZ hierover in overleg met VWS.
- g. Data afkomstig uit de modules zijn beschikbaar, bereikbaar en bruikbaar voor het primaire zorgproces, maar ook voor secundair gebruik. Dit is in lijn met de Nationale Visie en Strategie voor het gezondheidsinformatiestelsel. Secundair datagebruik betreft geaggregeerde data, die niet te herleiden is tot een individuele zorgaanbieder. Voor secundair gebruik op het niveau van de individuele zorgaanbieder is expliciete toestemming van de aanbieder nodig.
- h. Voor het verkrijgen en bieden van zoveel mogelijk inzicht in de actuele en toekomstige capaciteit van zorgaanbieders en druk op de zorg, ontvangen de traumacentra (ten behoeve van afdracht aan LNAZ) een geormerkte beschikbaarheidsbijdrage, conform Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. Zorgorganisaties worden, met betrekking tot het aansluiten en aanleveren op de LPZ-modules, geacht dit binnen de huidige budgettaire kaders te doen.
- i. Partijen erkennen dat zij te allen tijde te maken kunnen krijgen met onverwachte vertraging in het kader van overmacht. Het is aan de partijen om vroegtijdig aan de bel te trekken indien de voortgang vertraagt. VWS gaat dan laagdrempelig het gesprek aan en zal kijken wat in haar macht ligt om te ondersteunen. Hiermee is VWS ook onderdeel van de afspraak om gezamenlijk tot inzicht in capaciteit te komen en ondertekent zij mee.
- j. Indien partijen achterblijven op de overeengekomen evaluatiemomenten en er onvoldoende zicht op verbetering is, behoudt de minister van VWS zich het recht voor wetgeving op te stellen om capaciteitsdata inzichtelijk te maken.

k. Voor voldoende beschikbaarheid van de acute wijkverpleging zijn afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders nodig. ZN en ActiZ monitoren de afspraken die worden gemaakt rondom herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging en coördinatiefuncties. Deze monitoring zal geen betrekking hebben op of interfereren met bilaterale contractafspraken of onderhandelingen. Het gezamenlijke doel is de inzet van wijkverpleegkundige zorg voor spoedzorgvragen te verbeteren, net als de borging van wijkverpleegkundige zorg binnen zorgcoördinatie.

2 Bestuurlijke afspraken

Partijen committeren zich aan onderstaande afspraken, welke (indien van toepassing) vervolgens zijn ondergebracht in een richtinggevend tijdpad en bijbehorende evaluatiemomenten (zie 3.):

1. **Richtinggevend tijdpad:** Partijen committeren zich aan het geformuleerde richtinggevende tijdpad. Zij trekken vroegtijdig aan de bel wanneer er vertraging dreigt door overmacht, en gaan in dat geval laagdrempelig het gesprek aan met VWS. VWS committeert zich op haar beurt door binnen haar macht de partijen te ondersteunen, daar waar mogelijk en gewenst. (zie ook: bijlage 1)
2. **Evaluatiemomenten:** Partijen komen een zestal evaluatiemomenten overeen waarop partijen op basis van bijbehorende KPI's met elkaar in gesprek gaan over de voortgang van de bestuurlijke afspraken. De eerste drie momenten houden verband met de vraag of de module daadwerkelijk (technisch) gerealiseerd wordt. De laatste drie momenten houden verband met de daadwerkelijke aanlevering door individuele aanbieders en/of coördinatiefuncties. Het percentage aanbieders dat geacht wordt aan te leveren verschilt op de laatste drie momenten per sector, waarbij rekening wordt gehouden met het feit dat verschillende sectoren een verschillend startpunt kennen. (zie ook: 3.)
3. **Stichting LPZ:** ActiZ, AZN, InEen, LNAZ, de Nederlandse ggz, NFU en NVZ hebben de intentie toe te treden tot het bestuur van Stichting LPZ. InEen vertegenwoordigt in dit bestuur tevens de huisartsenzorg, verbonden aan de LHV.
4. **Aansluiten en automatische aanlevering:** Partijen werken toe naar het volledige aansluiten van de relevante individuele zorgaanbieders op de LPZ-modules en naar aanlevering van capaciteitsdata door deze aanbieders. Voor de module Acute VV geldt dat er sprake is van aansluiting door tussenkomst van de regionale coördinatiefuncties, of rechtstreekse aansluiting van de aanbieder op de betreffende LPZ-module.
5. **Definities en relevante zorgaanbieders:** Partijen komen per sector landelijk dekkende, hanteerbare definities overeen ten aanzien van de aan te leveren data en wat de relevante zorgaanbieders zijn. Deze definities vormen de basis voor verdere afspraken omtrent primair en secundair datagebruik.
6. **Datagebruik door zorgaanbieders:** Partijen die onderdeel uitmaken van, of de intentie hebben toe te treden tot het bestuur van de Stichting LPZ, maken afspraken over welke (data van) modules ze van elkaar kunnen inzien. Het uitgangspunt is hierbij dat inzage in een module mogelijk moet zijn indien deze data nuttig zijn voor de werkzaamheden van de partij die inzage verlangt.
7. **Datagebruik door zorgverzekeraars:** Zorgverzekeraars hebben een informatiebehoefte om hun wettelijke zorgplicht en bemiddelende rol effectief uit te voeren, knelpunten in de regio te signaleren en ondersteuning te bieden bij het oplossen hiervan. ZN en Stichting LPZ starten een verkenning naar de concrete invulling van deze informatiebehoefte op geaggregeerd (regionaal) niveau, welke uiterlijk Q4-2025 is afgerond. Het gaat hierbij om informatie die niet herleidbaar is naar individueel aanbiedeniveau. Bij gesignaleerde knelpunten in de regio, treedt de regio in overleg met de marktleider zorgverzekeraar om tot een oplossing te komen en geven daar waar nodig inzicht in de benodigde capaciteitsinformatie. De regio en verantwoordelijkheid om de knelpunten te signaleren en te bepalen of, en indien nodig welke, data wordt gedeeld, ligt bij de regio en de zorgaanbieders. Vóór 1 januari 2027 wordt de informatiebehoefte voor zorgverzekeraars opnieuw besproken tussen ZN en Stichting LPZ.
8. **Datagebruik door derden:** Partijen die niet genoemd worden onder 6 en 7 en vinden dat de gegevens (ook) voor hen relevant zijn, kunnen hiertoe een aanvraag tot inzage van geaggregeerde data indienen. Stichting LPZ stelt een werkwijze én besluitvormingsprocedure vast voor gebruik door derden. VWS heeft ten aanzien van het inzage traject omtrent primair en secundair datagebruik een adviserende rol richting de partijen en mag te allen tijde zelf geaggregeerde data opvragen.
9. **Modules Covid en Pandemische paraatheid:** De (acute) zorgketen moet voldoende voorbereid zijn om bij onverwachte gebeurtenissen direct te kunnen handelen. Dat vraagt dat alle ziekenhuizen zijn aangesloten op de (thans zo genoemde) Covid module, en redelijkerwijs binnen een periode van drie dagen ten minste handmatig en zo mogelijk automatisch de benodigde capaciteitsdata aanleveren, wanneer VWS hier opdracht toe geeft. De toepasbaarheid van de Covid-module wordt door de Stichting LPZ verbreed naar een module pandemische paraatheid.

10. **Module Onplanbare Wijkverpleging:** ActiZ en LNAZ inventariseren voor de wijkverpleging welke elementen in het LPZ kunnen terugkomen op een praktisch uitvoerbare manier; dit betreft in ieder geval onplanbare wijkverpleging en herkenbare & aanspreekbare wijkverpleging. Ze stellen hiertoe een plan van aanpak op, met als doel de bereikbaarheid, beschikbaarheid en een druktemeting van de reeds genoemde wijkverpleging inzichtelijk te maken. Ze doen dit in samenspraak met VWS, ZN en (mogelijke) gebruikers van deze module. Gezien dit onderdeel nog in de inventarisatiefase zit, valt de module Onplanbare Wijkverpleging verder buiten het genoemde richtinggevende tijdpad. Wel komen deze partijen een inspanningsverplichting overeen om deze module verder uit te werken vóór 1 november 2025 en in het plan van aanpak KPI's voor 1 september 2026, 1 januari 2027 en/of 1 september 2027 op te nemen betreffende de verwachte aanlevering op deze module.

11. **Financiële aspecten:** LNAZ treedt in overleg met de NZa, en zo nodig VWS, over aanpassing van het beschikbare gestelde en geoormerkt budget voor het LPZ om de beoogde doorontwikkeling van het LPZ mogelijk te maken. VWS spant zich in om de middelen voor LPZ ook na 1 januari 2027 te continueren.

12. **Knelpunten:** Op het moment dat partijen knelpunten ervaren en hierdoor vastlopen in de voortgang kan VWS meedenken met oplossingsrichtingen.

3 Evaluatiemomenten

Partijen spreken een richtinggevend tijdpad af (zie bijlage 1). Op verschillende momenten zal tijdens een BO Zorgcoördinatie de voortgang van de bestuurlijke afspraken geagendeerd en geëvalueerd worden. Hiertoe levert Stichting LPZ op de evaluatiemomenten een rapportage aan die de voortgang van de KPI's beschrijft. Op basis van het richtinggevende tijdpad zijn partijen onderstaande evaluatiemomenten overeengekomen:

1. 2 april 2025

- a. KPI: Betrokken partijen zijn bestuurlijke afspraken over het structureel borgen van inzicht in capaciteit overeengekomen.

2. 1 november 2025

- a. KPI: Partijen zijn overeengekomen welke landelijke definities er gelden betreffende de aan te leveren data en wat de relevante zorgaanbieders zijn. LNAZ en betreffende koepel zijn op basis van de uitkomsten van de pilots tevens overeengekomen welke informatie wordt opgenomen binnen de respectievelijke modules Acute VV, Acute GGZ, HAP en RAV. Partijen zijn overeen gekomen of de implementatie van de modules in één keer plaatsvindt of gefaseerd.
- b. KPI: 100% van de ziekenhuizen is aangesloten op de reeds ontwikkelde module Covid.
- c. KPI: ActiZ en LNAZ leveren, in samenspraak met VWS en (mogelijke) gebruikers van deze module, een plan van aanpak op om de module Onplanbare Wijkverpleging te ontwikkelen. Het plan van aanpak is voorzien van een eigen richtinggevend tijdpad en resulteert in een inspanningsverplichting om dit tijdpad te volgen.

3. 1 maart 2026

- a. KPI: De pilots voor de modules Acute VV, Acute GGZ, HAP en RAV zijn afgerond en de modules zijn technische gereed om op aan te sluiten.
- b. KPI: Partijen stellen unaniem met elkaar vast of de uitkomsten van de pilots concrete aanleiding geven om de bestuurlijke afspraken te herijken en leggen deze herijking vast.

4. 1 september 2026

- a. KPI Acute VV: 20 % instellingen / regionale coördinatiefuncties levert aan

5. 1 januari 2027

- a. KPI Acute VV: 60 % instellingen / regionale coördinatiefuncties levert aan
- a. KPI Acute GGZ: 20 % instellingen levert aan
- b. KPI HAP: 20 % instellingen levert aan
- c. KPI RAV: 30 % instellingen levert aan
- d. KPI: Partijen stellen unaniem met elkaar vast of de uitkomsten uit de verkenning van ZN met Stichting LPZ aanleiding geven om de bestuurlijke afspraken te herijken en leggen deze herijking vast.

6. 1 september 2027

- a. KPI Acute GGZ: 80 % instellingen levert aan
- b. KPI HAP: 80 % instellingen levert aan
- c. KPI RAV: 100 % instellingen levert aan

Bijlage 1 Richtinggevend tijdpad

Per sector is een richtinggevend tijdpad uitgewerkt, waarmee in beginsel de mijlpalen (M's) van het technisch uitwerken, ontwikkelen en testen van de LPZ-modules zijn overgenomen uit het LPZ-plan 'Aanpak uitrol Landelijk Platform Zorgcoördinatie' en het geüpdatete tijdpad van maart 2025.

Sector VV&T

Wat	Wanneer gereed?
<i>Mijlpalen LPZ-module Acute VV conform LPZ-plan</i>	
M2 (Uitwerking) LPZ-module	Reeds voltooid
M3 (Ontwikkeling) LPZ-module	1 augustus 2025
M4 (Testen) LPZ-module	1 september 2025
Implementatiefase LPZ-module Acute VV	
20 % instellingen / regionale coördinatiefuncties levert aan op de LPZ-module	1 september 2026
60 % instellingen / regionale coördinatiefuncties levert aan op de LPZ-module	1 januari 2027
Alle instellingen / regionale coördinatiefuncties leveren aan op de LPZ-module	1 juli 2027

Hieraan is vervolgens een tijdpad voor de implementatiefase per LPZ-module toegevoegd. Partijen committeren zich aan onderstaand richtinggevend tijdpad. Op basis van dit tijdpad zijn de evaluatiemomenten en KPI's onder 3. overeengekomen.

Sector Acute GGZ

Wat	Wanneer gereed?
<i>Mijlpalen LPZ-module Acute GGZ conform LPZ-plan</i>	
M2 (Uitwerking) LPZ-module	1 juni 2025
M3 (Ontwikkeling) LPZ-module	1 juli 2025
M4 (Testen) LPZ-module	1 maart 2026
Implementatiefase LPZ-module Acute GGZ	
20 % instellingen levert aan op de LPZ-module	1 januari 2027
80 % instellingen levert aan op de LPZ-module	1 september 2027
Alle instellingen leveren aan op de LPZ-module	1 april 2028

Sector HAP

Wat	Wanneer gereed?
<i>Mijlpalen LPZ-module HAP conform LPZ-plan</i>	
M2 (Uitwerking) LPZ-module	1 september 2025
M3 (Ontwikkeling) LPZ-module	1 november 2025
M4 (Testen) LPZ-module	1 maart 2026
Implementatiefase LPZ-module HAP	
20 % instellingen levert aan op de LPZ-module	1 januari 2027
80 % instellingen levert aan op de LPZ-module	1 september 2027
Alle instellingen leveren aan op de LPZ-module	1 januari 2028

Sector RAV

Wat	Wanneer gereed?
<i>Mijlpalen LPZ-module RAV conform LPZ-plan</i>	
M2 (Uitwerking) LPZ-module	1 september 2025
M3 (Ontwikkeling) LPZ-module	1 november 2025
M4 (Testen) LPZ-module	1 maart 2026
Implementatiefase LPZ-module RAV	
30 % instellingen levert aan op de LPZ-module	1 januari 2027
90 % instellingen levert aan op de LPZ-module	1 april 2027
Alle instellingen leveren aan op de LPZ-module	1 september 2027

Sector Ziekenhuizen

Wat	Stand van zaken
<i>Mijlpalen LPZ-modules Ziekenhuis conform LPZ-plan</i>	
LPZ-module Spoed	100% van de ziekenhuizen levert reeds aan
LPZ-modules Kliniek (Profielpagina, NICU & PICU)	100% van de ziekenhuizen levert reeds aan
LPZ-module Geboortezorg	Nagenoeg alle ziekenhuizen leveren reeds aan
LPZ-module Covid	50% van de ziekenhuizen levert reeds automatisch aan
Wanneer gereed?	
<i>Implementatiefase LPZ-module Covid</i>	
Alle instellingen zijn aangesloten op de LPZ-module	1 november 2025



AMBULANCEZORG
NEDERLAND



Landelijk netwerk
acute zorg

de
Nederlandse
ggz



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen



Zorgverzekeraars
Nederland



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Dit is een uitgave van:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

April 2025