

# Deel B

## Kwalitatief inhoudelijke afstemming contractering ondersteunde zelfzorg *2015*



Zelfzorg  
Ondersteund

Wergroep Inkoop  
Coöperatie Zelfzorg Ondersteund!

Definitieve versie  
Juli 2014

# **INHOUDSOPGAVE**

<b>HOOFDSTUK 1 ZO! BOUWT STAPSGEWIJS DOOR NAAR DE BEOOGDE STIP OP DE HORIZON</b>	<b>3</b>
<b>HOOFDSTUK 2 WELKE CONCRETE STAP WORDT GEZET IN DE CONTRACTERING 2015?</b>	<b>6</b>
2.1 Visie	7
2.2 IZP met persoonlijke behandeldoelen	8
2.3 Inzet van leefstijlinterventies	8
2.4 Inzet zelfzorg platform	9
<b>HOOFDSTUK 3 GEBRUIK EN DOORONTWIKKELING VAN VOORLIGGEND DOCUMENT</b>	<b>10</b>

## Hoofdstuk 1 ZO! bouwt stapsgewijs door naar de beoogde stip op de horizon

Op terrein van zelfmanagement is al veel ontwikkeld de afgelopen jaren. Vormen van zelfmanagement worden op veel verschillende manieren door verschillende doelgroepen en op verschillende niveaus toegepast. Toch blijft de implementatie op grote schaal ervan achter. De coöperatie Zelfzorg Ondersteund wil bestaande initiatieven niet vervangen of overdoen maar richt zich op het stroomlijnen en implementeren van bestaande kennis m.b.t. zelfmanagement met partijen die executiekracht hebben (tripartite, pre-concurrentieel).

In de eerste fase van Zelfzorg Ondersteund heeft de werkgroep inkoop zich gericht op het onderdeel om gezamenlijk de kwalitatief inhoudelijke afspraken rondom de inkoop van ondersteunde zelfzorg te stroomlijnen. Gaandeweg het traject is geconstateerd dat –om werkelijk een stap voorwaarts te bereiken bij implementatie- het niet kan gaan om eenzijdig door zorgverzekeraars geformuleerde inkoopvoorwaarden, maar dat ook hier in een tripartite van zorgaanbieders, patiënten vertegenwoordiging en zorgverzekeraars een dialoog nodig is over wat de “stip op de horizon” is die partijen met elkaar willen bereiken en wat daarbij een eerste uitdagende maar ook realistische stap zou kunnen zijn. Zelfzorg Ondersteund spreekt daarom ook niet over inkoop maar over “contractering” in dit document om te benadrukken dat het geen eenzijdige iets is dat opgelegd wordt door zorgverzekeraars maar een afspraak tussen de diverse partijen betreft.

Het traject rondom contractering heeft geleid tot twee documenten. Deel A betreft een “visiedocument”. Dit is een lijvig document waarin partijen met elkaar formuleren wat zij verstaan onder ondersteunde zelfzorg, wat de stip op de horizon is waar naar toe gewerkt wordt en welke voorwaarden rondom contractering zij daarbij zien. Deel A is een werkdocument dat gaandeweg wordt bijgesteld op basis van voortschrijdend inzicht. Om ondersteunde zelfzorg succesvol te implementeren is de kunst vervolgens om de juiste balans te vinden tussen “stip op de horizon” en het pragmatisch en ambitieus formuleren van de eerste stap op weg naar deze stip. Het is immers niet realistisch om bijvoorbeeld in 2015 als eis te stellen dat alle patiënten over een IZP beschikken en dat deze in digitale vorm beschikbaar is in een zelfzorg platform dat voldoet aan alle eisen. Daarmee is rekening gehouden bij het formuleren van voorliggende deel B: de kwalitatief inhoudelijke afstemming rondom de contractering van ondersteunde zelfzorg in 2015. Tegelijkertijd moet duidelijk zijn voor alle betrokken partijen dat de stip op de horizon wel het punt is waar naar toe gewerkt wordt waarop ook de inkoop gaandeweg aangescherpt wordt. Zo krijgt op termijn iedere patiënt waarvoor het zinvol is (te bepalen op basis van heldere nog op te stellen inclusiecriteria) digitaal toegang tot de noodzakelijke zelfmanagementmodules (educatie, health coaching, telemonitoring, eHealth en andere tools). En zal op termijn ook bij patiënten met co- en multimorbiditeit toegewerkt worden naar 1 integraal plan per patiënt (waar nu doorgaans nog een zorgprogramma en IZP per diagnose wordt aangeboden door de zorggroepen). Dat vraagt wellicht ook het toewerken naar 1 integrale zorgstandaard. In o.a. het INCA traject wordt onderzocht of het mogelijk is om de financiering daarbij passend te laten zijn bij de zorgwaarde van de patientenpopulatie van een praktijk, zorggroep of gezondheidscentrum. Daarbij kunnen zorgaanbieder en patient op termijn ook gebruik maken van assessmenttools die het zelfmanagementvermogen van de patient op

gevalideerde wijze meten. Op dit moment zijn meerdere assessmenttools in ontwikkeling zoals de SEMAS lijst en de PAM 13. Voor diabetes geldt daarnaast dat o.a. NDF bezig is met het definiëren van patiëntprofielen waarbij meerdere dimensies worden meegenomen bij het vaststellen van het zelfmanagementvermogen.

De leden van de coöperatie Zelfzorg Ondersteund beseffen dat ondersteunde zelfzorg niet iets is dat eenvoudig van vandaag op morgen geïmplementeerd kan worden. Succesvolle implementatie betekent dat ondersteunde zelfzorg een integraal onderdeel wordt van proces tussen patiënt en zorgverlener. Veranderen van werkprocessen kost tijd en vraagt ondersteuning/begeleiding om de gewenste verandering voor elkaar te krijgen. De huisarts vormt daarbij een centrale en cruciale rol terwijl juist bij de huisarts de komende periode meerdere wijzigingen in bekostiging en taken optreden. Een realistisch tijdspad is daarom noodzakelijk. Tevens is het voor succesvolle implementatie belangrijk dat we leren wat wel en niet werkt om patiënt en zorgverlener op een doeltreffende manier ondersteunde zelfzorg te laten toepassen en welke de succesvolle implementatie strategieën zijn. Op welke wijze krijgen we de gewenste attitudeveranderingen bij patiënten? Wat is nodig om de rol- en gedragsverandering bij zorgverleners te realiseren? Deze kennis (en meer) wordt in 2014 o.a. opgehaald bij de zogenaamde ontwikkelpilots die worden uitgevoerd én door kennisdeling in Nederland tussen de verschillende initiatieven te faciliteren. Ook daar halen partijen van ZO! kennis op om voorliggend document door te ontwikkelen en voor de contractering van 2016 verder geconcretiseerd te hebben.

De deelnemers van ZO! constateren de “winst” ook te vinden is in het leren spreken van elkaars taal. Ook in dit document proberen we zo zorgvuldig mogelijk aan te sluiten op definities en formuleringen die elders al door de desbetreffende deskundigen bedacht zijn en niet de zoveelste nieuwe variant neer te zetten. Het blijft een leerproces, dus alle commentaar is welkom en wordt in volgende rondes waar mogelijk weer verwerkt.

De “stip op de horizon”<sup>1</sup> die we over enkele jaren met elkaar willen bereiken en nu als houvast fungeert bij het formuleren van de eerste realistische stap in 2015, is als volgt geformuleerd:

---

<sup>1</sup> De tekst van de “stip op de horizon” wordt nog omgezet in een tekst waarin alle terminologie wordt “vertaald” zodat het te lezen is voor een breder en algemeen publiek

**Stip op de horizon:** Ondersteunde zelfzorg op grote schaal **geïmplementeerd** krijgen op een manier die gedragen wordt door het tripartite van patiënten vertegenwoordiging, zorgverlener en zorgverzekeraar. Burgers gaan steeds bewuster om met hun welzijn en gezondheid. Zij beschikken over de juiste middelen en mogelijkheden om de rol als actieve patiënt goed te kunnen vervullen.

De reden om ondersteunde zelfzorg op grote schaal te implementeren is dat deze –wanneer op de juiste manier toegepast door de patiënt én de zorgverlener- resulteert in meer zelfregie, bijdraagt aan de kwaliteit van leven, afname van ziektelast en een meer doelmatige inzet van professionele zorg (verlaging van arbeidslast bij zorgverleners, verhoogde productiviteit en lagere integrale zorgkosten).

Zelfzorg/zelfmanagement gaat om de inspanningen die een persoon met een chronische ziekte doet om een zo goed mogelijk compromis te vinden tussen de eisen van de ziekte en de eisen van het leven (CBO, 2014). Mensen voeren de eigen regie zolang ze dat willen en kunnen en bepalen zelf de **persoonlijke streefdoelen** ten aanzien van gezondheid, leefstijl en gedrag. Het leven staat centraal, niet de ziekte. Om de streefdoelen te bereiken wordt de patiënt bij het werken aan zijn gezondheid ondersteund door zorgverleners, ICT, hulpmiddelen en omgeving.

De uitdaging die wij voor ons zien is om ondersteunde zelfzorg een vanzelfsprekend en **geïntegreerd onderdeel** te maken van het zorgproces voor patiënten met een chronische aandoening. Een hoofdonderdeel van de samenwerkingsrelatie tussen patient met chronische aandoening en de behandelaar (meestal de huisarts maar ook andere betrokken zorgverleners als diëtist, fysiotherapeut, POH, etc.). Dat betekent dat zowel de patient als de zorgverlener “verleid” en ondersteund moet worden om zelfzorg op te gaan pakken. Dat stelt eisen aan eenvoud en gebruikersgemak van alle ondersteuning en tools en ook nieuwe vaardigheden en competenties bij de zorgverleners.

Het is een **interactief proces** van een persoon met een (chronische) aandoening samen met zijn behandelaar(s) en de andere mensen die daarbij ondersteuning bieden. Zelfzorg doe je samen. Het is ook een **iteratief proces**. Dat wil zeggen een proces dat zich steeds herhaalt en werkt middels een “plannen – doen – controleren – aanpassen”-cyclus (PDCA kwaliteitscirkel volgens Deming). **De mate en vorm van ondersteuning is daarbij aangepast aan de eigen draaglast en draagkracht van het individu.** Op maat/passend bij het zelfmanagementvermogen van de patiënt en de complexiteit van de aandoening(en). Naast de mogelijke ondersteuning van assessment tools die helpen bij het bepalen van het zelfmanagementvermogen van de patiënt, staat gezamenlijke besluitvorming oftewel shared decision making centraal. Patiënt en zorgverlener komen samen tot een vorm van zorg/ondersteuning die het beste bij de patiënt past.

**De afspraken worden vastgelegd in een individueel zorgplan (IZP).** Het IZP is een werkwijze (p-d-c-a-) en een resultaat. In resultaat: beperkt als dat kan, uitgebreid als dat moet. Bij patiënten met co-en multimorbiditeit zal toegewerkt worden naar **1 integraal plan per patiënt** (waar nu doorgaans nog een zorgprogramma en IZP per diagnose wordt aangeboden door de zorggroepen). Idealiter zal de financiering daarbij op termijn passend zijn bij de zorgwaarde van de patientenpopulatie van een praktijk/ zorggroep/ gezondheidscentrum.

Patiënt en zorgverlener worden (**digitaal**) **ondersteund** in zelfzorgtrajecten bij het formuleren van (persoonlijke) doelen en het maken van gerichte keuzes, bijvoorbeeld met de mogelijkheid van online afspraken maken, een econsult te hebben, herhaalmedicatie aan te vragen, etc.). **Daar waar een zelfzorg platform wordt ingezet voldoet deze aan de opgestelde functionele en technische eisen.** Iedere patiënt waarvoor het zinvol is krijgt daarmee digitaal toegang tot de noodzakelijke zelfmanagementmodules (educatie, health coaching, telemonitoring, eHealth en andere tools). Daarmee is niet gezegd dat alle vormen van educatie en leefstijlondersteuning onderdeel zijn van het verzekerde pakket. Ook inzet van eigen verantwoordelijkheid en gebruik maken van de algemene en collectieve voorzieningen op dit terrein hoort bij het vormgeven van ondersteunde zelfzorg. In 2014 wordt t.a.v. educatie en leefstijlondersteuning gezamenlijke een nadere uitwerking gemaakt.

## Hoofdstuk 2 Welke concrete stap wordt gezet in de contractering 2015?

Het bereiken van voorliggende visie vereist hanteerbare, maar concrete stappen. We zien dan ook een aantal jaren van steeds scherp wordende voorwaarden voor ons. Ruwweg focussen we ons daarbij op:

- 2014 kennis ophalen bij de ontwikkelpilots en leren van overige lopende initiatieven op terrein van zelfzorg in Nederland via kennissessies;
- 2015 eerste stappen in de breedte en realiseren van de totaalvisie bij de voorlopers
- 2016 verdiepingstappen en verdere landelijke uitrol.

Het implementeren en verder aanscherpen van visie en kwalitatief inhoudelijke afstemming rondom contractering is niet het voorrecht van 1 van de partijen. Wij zullen dit consequent tripartite –dus in overleg tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten vertegenwoordiging- oppakken.

In 2014 wordt middels de ontwikkelpilots, aangevuld met reeds lopende initiatieven in Nederland, o.a. kennis opgedaan voor de contractering van ondersteunde zelfzorg t.a.v.:

- Meer kennis en ervaring opdoen m.b.t. IZP: generiek en digitaal krijgen zodat het een vaste voorwaarde kan worden in de contractering (zonder dat het te instrumenteel wordt)
- Meer kennis en ervaring opdoen m.b.t. bij welke deelgroepen welke leefstijlinterventies bijdragen aan effectieve ondersteunde zelfzorg en op welke wijze deze een plek in de bekostiging kunnen krijgen vanaf contractering 2016. Leidend tot een lijst met effectieve leefstijlinterventies, inclusiecriteria en definiëring vergoeding. Daarbij al ook gebruik worden gemaakt van het voorwerk en onderzoek dat RIVM en NDF hebben gedaan in het kader van het Nationaal Actieprogramma Diabetes naar leefstijlinterventies bij diabetes.
- Er is betrouwbare patiënten informatie en educatie beschikbaar voor de zorgverleners bij voorkeur via een zelfzorgplatform
- Met een aantal voorlopers is bij een deel van de patiënten gestart met het inzetten van assessmenttools zodanig dat het zelfmanagementvermogen van de patiënt geobjectiveerd wordt en inzichtelijk wordt op welke wijze deze meegenomen kan worden bij de contractering 2016
- Met een aantal voorlopers is een werkend zelfzorgsysteem uitgetest (zie het rapport met basiseisen tooling van ZO!) en zijn kosten en baten van gebruik van een dergelijk systeem inzichtelijk gemaakt.

Voor de contractering van 2015 hebben we op de volgende gebieden concrete, hanteerbare stappen voorwaarden geformuleerd zoals uitgewerkt in §2.1 tot en met §2.4:

1. Visie
2. Individueel zorg- en leefplan
3. Leefstijlinterventies
4. Zelfzorg Platform

## 2.1 Visie

**Contracteringsvoorwaarde 2015 m.b.t. visie: De zorggroep werkt aan beleid op het gebied van zelfmanagement<sup>2</sup>.** Hieronder verstaan we dat de zorggroep/geïntegreerde 1<sup>e</sup> lijns centra (of andere vorm van samenwerkingsverband van huisartsen) een visie op zelfzorg heeft of ontwikkeld en een ontwikkelplan heeft voor de aangesloten zorgverleners (huisartsen, fysiotherapeut, diëtiste, etc.).

Binnen deze visie is expliciet aandacht voor de wijze waarop de patiënt wordt betrokken binnen het zorgprogramma (wijze waarop de patiënt actief betrokken wordt bij de behandeling, het opstellen van het behandelplan en de evaluatie en welke prikkels de zorggroep inzet om de patiënt te bewegen over te gaan tot meer zelfzorg waar mogelijk).

Conform de huidige inkoop bij zorggroepen, stelt de zorggroep aan de hand van bronnen als de zorgstandaard en de zorgmodule zelfmanagement (nog niet door alle partijen gedragen) een protocol op. Daarbij wordt de inhoud en organisatie van de te leveren zorg uitgewerkt. De zorggroep segmenteert/categoriseert daarbij mensen aan de hand van patiëntprofielen en laat zorg op maat aansluiten op het toegewezen profiel. Voor wat betreft bepaling van het zelfmanagementvermogen van de patiënt kunnen zorgverleners gebruik maken van assessmenttools. Naast zelfmanagementvermogen bepalen meerdere dimensies en factoren zorg op maat zoals voor diabetes wordt uitgewerkt in de patiënt profielen die door de NDF worden opgesteld. Deze zijn op dit moment nog volop in ontwikkeling. Om die reden worden hier nog geen eisen aan gesteld. Vanaf 2016 en verder zullen hier gaande weg, als meer evidence beschikbaar is, nadere afspraken over worden gemaakt en zullen eventuele assessmenttools om het zelfmanagementvermogen vast te stellen beschikbaar worden gesteld. Bij het bepalen van het zelfmanagementvermogen staat shared decision making, gezamenlijke besluitvorming centraal. Daarbij komen arts en patiënt samen tot een vorm van zorg/ondersteuning die het beste bij de patiënt past.

Deze uitwerking vormt de minimale basis waarop zorgverzekeraar en zorgaanbieder met elkaar in gesprek gaan over een integraal tarief waarbij ondersteunde zelfzorg naast de overige medische zorg de rode draad door het zorgproces vormt.

Succesvolle ondersteunde zelfzorg op grote schaal realiseren vraagt ook ondersteuning en deskundigheidsbevordering van de zorgverleners die een andere, meer faciliterende en coachende rol krijgen. Scholing en training en het beschikbaar hebben van patiënten informatie en educatie is daarbij een belangrijk onderdeel. In 2014 wordt met de relevante deelnemende partijen van ZO! zoals Ineen en NDF onderzocht op welke wijze de zelfevaluatie van zorggroepen ingezet kan worden om op maat advies te geven aan de zorggroepen m.b.t. tot inzet van scholing aan de zorgverleners. Ook de competentiescan kan daarbij ingezet worden. Van zorggroepen wordt verwacht dat zij op basis van evaluatie komen tot uitvoering van concrete verbeterplannen. Verdere ontwikkelingen van beschikbaar krijgen van patiënten informatie en educatie wordt in overleg met/door de patiënten vertegenwoordiging opgepakt.

<sup>2</sup> Aansluitend/overeenkomstig met 1 van de Kritische Kwaliteitskenmerken die door Ineen is geformuleerd voor de aangesloten zorggroepen

## 2.2 IZP met persoonlijke behandeldoelen

**Contracteringsvoorwaarde 2015 als eerste stap op weg naar een IZP: De persoonlijke zorgdoelen van de patiënt zijn vastgelegd<sup>2</sup>.** De zorggroep realiseert dat de persoonlijke (streef)doelen van de patiënt zijn vastgelegd in het dossier. In onderstaande tekst spreken we van zorgdoelen en individueel zorgplan, aansluitend bij de meest gebruikte termen. Tegelijkertijd beseffen alle partijen dat de (streef)doelen van de patiënt tevens “leefdoelen” zijn waarvan een deel zich vertaalt in zorg en afspraken met de zorgverlener.

Vaststellen van de persoonlijke zorgdoelen is een proces van gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en zorgverlener. Patiëntervaring zal worden gemeten om vast te stellen in welke mate dit naar tevredenheid van de patiënten verloopt. De persoonlijke zorgdoelen (als eerste stap op weg naar een IZP) moeten als zodanig herkenbaar zijn vastgelegd in het medisch dossier van de patiënt (zonder dat het geheel te instrumenteel wordt. Het draait niet om afvinken van vragen maar om vormgeven van een proces rondom persoonlijke streefdoelen). De zorgaanbieder maakt 1 zorgplan (dus ook als diabetespatiënt meerdere aandoeningen heeft is het daarin verwerkt). Het zorgplan wordt niet alleen opgesteld maar ook gebruikt als houvast/overzicht bij realisatie van de afgesproken zorg en aangepast naarmate wijzigingen in de situatie van de patiënt optreden, bijvoorbeeld m.b.t. de ziekte of diens levensomstandigheden. Zelfzorg is immers een interactief en iteratief proces. Een plannen – doen – controleren – aanpassen cyclus. De afspraken in het kader van zelfzorg worden bijgesteld en vastgelegd in het individueel zorgplan. Waar mogelijk ondersteund door ICT (dat is nog geen harde voorwaarde in 2015 maar wordt naar verwachting wel een inkoopvoorwaarde in de inkoop 2016 en verder ).

## 2.3 Inzet van leefstijlinterventies

**Contracteringsvoorwaarde leefstijlinterventies 2015:** Op het terrein van leefstijlinterventies is veel voorwerk, consensus en overzichten van practice based interventies maar zijn er nog geen landelijke standaarden voor 'evidence based' (op bewijs gebaseerde) leefstijlinterventies.

Voor 2015 is de minimale eis dat de leefstijlinterventies die zijn opgenomen in de regionale zorgprogramma's voldoen aan de zorgstandaard. In 2015 is het gewenst dat de zorggroep bij patiënten waar dat passend is (een internet gebaseerd) leefstijl educatie en interventie aanbiedt aan de patiënt. Daarmee is niet gezegd dat alle vormen van educatie en leefstijlondersteuning onderdeel zijn van het verzekerde pakket. Ook inzet van eigen verantwoordelijkheid en gebruik maken van de algemene en collectieve voorzieningen (sportverenigingen, voorzieningen van gemeenten) hoort bij het vormgeven van ondersteunde zelfzorg. Door de gezamenlijke partijen wordt o.b.v. de voorlopers en ontwikkelpilots meer kennis en ervaring opgedaan m.b.t. bij welke deelgroepen welke leefstijlinterventies bijdragen. Leidend tot een lijst met effectieve leefstijlinterventies, inclusiecriteria en definiëring vergoeding. Daarbij al ook gebruik worden gemaakt van het voorwerk en onderzoek dat RIVM en NDF hebben gedaan in het kader van het Nationaal Actieprogramma Diabetes naar leefstijlinterventies bij diabetes.



## 2.4 Inzet zelfzorg platform

**Contracteringsvoorwaarde 2015:** Indien de zorggroep/gezondheidscentrum met een zelfzorgplatform aan de slag gaat, wordt geadviseerd zich te baseren op de lijst met systemen die voldoen aan de opgestelde functionele en technische eisen door ZO!

In 2015 zal een kosten/baten analyse worden uitgevoerd t.a.v. het gebruik van zelfzorgplatforms. De uitkomsten daarvan en ervaringen bij de diverse pilots worden meegenomen bij verdere aanscherping van de contracteringsafspraken voor 2016 en verder.

### Hoofdstuk 3 Gebruik en doorontwikkeling van voorliggend document

Voorliggend document is een “versie 1.0”. Het document is geen statisch document. Op basis van de ervaringen met de contractering in de praktijk, de ontwikkelpilots die in 2014 gestart worden en de gezamenlijk geformuleerde stip op de horizon zal voorliggend document ieder jaar worden bijgesteld en doorontwikkeld.

**Figuur 1: Contracteringsafspraken jaarlijks bijstellen o.b.v. praktijkervaring**



In 2014 begeleidt en ondersteunt ZO! een aantal ontwikkelpilots op het terrein van ondersteunde zelfzorg. Daarnaast wordt via kennissessies contact gelegd met een groot deel van de overige initiatieven en voorlopers op terrein van zelfzorg. Met de ontwikkelpilots en het ondersteunen van kennisdeling wil ZO! in 2014 de invoering van ondersteunde zelfzorg in kansrijke regio's versnellen en als voorbeeld laten dienen voor andere regio's. Tegelijkertijd leveren de ontwikkelpilots en overige lopende projecten kennis op, over:

- o voorwaarden om ondersteunde zelfzorg simpel en motiverend te laten werken voor patiënten en zorgverleners;
- o Bijstelling van het zelfzorgdeel van de zorgstandaard Diabetes type II door partijen waar dit belegd is zoals de NDF op basis waarvan een zorgproduct met inclusiecriteria, activiteiten en een ondersteunend zelfzorgsysteem opgesteld kan worden;
- o voorwaarden om ondersteunde zelfzorg een effectief en vanzelfsprekend onderdeel te maken van de zorg voor mensen met een chronische aandoening én
- o uitwerking van de wijze van het monitoren van de voortgang en bewaken en bijsturen waar nodig.

De ervaringen uit de projecten zal op gestructureerde wijze worden opgehaald en worden verwerkt in de nieuwe versie van voorliggend document waarop vervolgens de contractering 2016 wordt voorbereid. In het document 2016 zullen ook de volgende stappen worden gezet op weg naar de geformuleerde stip op de horizon waarbij eisen t.a.v. deskundigheidsbevordering, stappen op weg naar een IZP, mate van digitalisering, etc. verder worden aangescherpt en wordt toegewerkt naar een aandoening overstijgende integrale zorginkoop voor ondersteunde zelfzorg. Dit alles in een onderlinge dialoog tussen patiënten vertegenwoordiging, zorgverzekeraars en zorgaanbieders en ondersteund door de kennis die bij kennisinstituten en andere partijen als aanwezig is.