

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. mevrouw Engwirda
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en Zorgordening
Team E

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Datum 4 juli 2025
Betreft Aanvraag met betrekking tot budgetbekostiging HIC en IHT

Kenmerk
4141236-1084727-PZO

Geachte mevrouw Engwirda,

Met deze brief verzoek ik u om een advies over het beleidsvoornemen om invoering van budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de volledige High & Intensive Care (HIC) en Intensive Home Treatment (IHT) te verkennen. In dat kader vraag ik u te adviseren op welke wijze(n) de budgetbekostiging voor de HIC en IHT kan bijdragen aan het beter borgen van de beschikbaarheid van deze zorg, en daarmee verdere verschraling van zorg voor mensen die psychiatrisch uiterst onregelmatig zijn te voorkomen (deel 1). Met deze brief wil ik u tevens reeds verzoeken om – in geval dit leidt tot een positief advies – in te gaan op de mogelijke uitvoerbaarheid- en handhavingsvraagstukken die hierbij van belang zijn (deel 2). Ik verzoek u om zo snel mogelijk, maar uiterlijk 1 februari 2026, deel 1 van uw advies op te leveren. Afhankelijk van de uitkomsten, verzoek ik u voor 1 juli 2026 deel 2 op te leveren met het oog op definitieve besluitvorming in de zomer van 2026 over invoering van de budgetbekostiging per 1 januari 2028.

Aanleiding

Voor patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag die noodgedwongen een beroep moeten doen op cruciale ggz¹, is het noodzakelijk dat zij meteen daadwerkelijk geholpen kunnen worden. De afgelopen jaren hebben we gezien dat zorgaanbieders cruciaal ggz-aanbod hebben moeten sluiten. Dat heeft grote gevolgen voor de patiënt. Niet alleen omdat een stabiele omgeving van groot belang is voor een geslaagde behandeling,

¹ Het gaat daarbij om ggz met een hoge logistiek (zorgaanbod) en een inhoudelijke complexiteit (zorgvraag) waarbij cliënten/patiënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen wanneer deze zorg (tijdelijk) niet meer beschikbaar is. Zie voor een meer uitgebreide toelichting [Bijlage 1 Aanpak cruciale ggz \(SiRM, maart 2024\)](#). Daarnaast gebruiken partijen een meer pragmatische, beschrijvende definitie met zes categorieën zorgvormen om afspraken te maken in de inkoop: acute zorg, outreachende zorg, klinische zorg, beveiligde zorg, hoogspecialistische zorg vanuit ggz en hoogspecialistische zorg vanuit ziekenhuizen (zie p.8 [Aanpak cruciale ggz \(SiRM, maart 2024\)](#)).

maar ook omdat er vaak weinig passend alternatief aanbod is. De redenen voor sluitingen waren meervoudig en kennen soms ook zorginhoudelijke of beleidsmatige redenen, maar vaak speelden arbeidsmarktkrapte en financiële aspecten een rol. Het is voor deze specifieke groep patiënten van groot belang verdere verschraling van het aanbod van cruciale ggz te voorkomen. Daartoe maak ik samen met partijen gerichte afspraken in het Bestuurlijk Overleg (BO) cruciale ggz².

Met dit verzoek richt ik mij specifiek op een aanvullende afspraak die is gemaakt tijdens het laatste BO van 24 april 2025. Daarin hebben deelnemers van het BO cruciale ggz afgesproken voor een deel van de cruciale ggz extra stappen te zetten in de inkoop en bekostiging. Dit met als belangrijkste doel om de beschikbaarheid van deze zorg beter te borgen, en daarmee verdere verschraling te voorkomen. Specifiek gaat het over afspraken gericht op de HIC en IHT. Partijen hebben geconstateerd dat de initiële bestuurlijke afspraak om deze zorg gelijkgericht in te gaan kopen, niet voldoende is. Zij willen verdergaande stappen zetten door deze zorg in representatie in te kopen met een passend bekostigingsmodel om beschikbaarheidskosten te vergoeden.

De HIC- en IHT-zorg door ggz-aanbieders en ziekenhuizen wordt momenteel op twee manieren bekostigd. Het grootste deel van deze zorg wordt bekostigd via de reguliere prestatiebekostiging in het zorgprestatiemodel (ZPM)³. Een kleiner deel wordt bekostigd via de budgetbekostiging acute ggz (de eerste drie kalenderdagen)⁴. Partijen willen deze budgetbekostiging uitbreiden voor de volledige HIC en IHT. Daarmee zal sprake zijn van een verdere beperking van de marktwerking in de curatieve ggz.

Ik onderschrijf de voorgestelde verkenning naar budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de HIC en IHT. De beschikbaarheid van de HIC en IHT voor mensen die psychiatrisch uiterst ontregeld zijn, moet ten alle tijden voldoende geborgd zijn, ook bij een fluctuerend aantal patiënten. Het is van belang dat de wijze van bekostiging en inkoop daarop aansluit. Het lukt verzekeraars en aanbieders niet voldoende om dit aanbod via reguliere prestatiebekostiging en contractering te borgen. Ik vind het onwenselijk als dat leidt tot verdere verschraling van de HIC- en IHT-zorg. In het BO heeft mijn ambtsvoorganger daarom partijen vanuit zijn rol als stelselverantwoordelijke opgeroepen dit voorstel te steunen, waarna door alle partijen is ingestemd om budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de volledige HIC en IHT te verkennen. Tegelijkertijd realiseer ik me dat de invoering van budgetbekostiging een ingrijpende verandering is, die nader onderzoek vergt en om zorgvuldige afwegingen vraagt — ook over de wijze van invoering. Het voorgaande heb ik ook met de Tweede Kamer gedeeld⁵.

Gelet hierop verzoek ik u met deze brief om een advies uit te brengen op welke wijze(n) de invoering van budgetbekostiging voor de HIC en IHT kan bijdragen aan het borgen van de beschikbaarheid van deze zorg, en daarmee verdere verschraling van zorg voor

² BO-partijen cruciale ggz zijn: ZN, deNLggz, MIND, NVZ, NFU, NVvP, ZINL, NZa, IGJ, VWS

³ [Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg - BR/REG-25107a - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

⁴ [Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening - BR/REG-25140 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

⁵ Brief van 24 april 2025 (25424, nr. 748).

mensen die psychiatrisch uiterst onregelmatig zijn te voorkomen. Gelet op de urgentie combineer ik in deze brief een adviesaanvraag en een opvolgende uitvoerbaarheidstoets.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en Zorgordening
Team E

Kenmerk
4141236-1084727-PZO

Doel

Ik streef verschillende doelen na met het beleidsvoornemen om invoering van budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de volledige HIC en IHT te verkennen:

- Het belangrijkste doel is om de beschikbaarheid van deze zorg beter te borgen, door meer ruimte te bieden voor ggz-instellingen om te investeren in de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg en onwenselijke productieprikkel weg te nemen. Hiermee voorkomen we verdere verschraving van deze zorg.
- Landelijk meer uniformiteit en minder vrijblijvendheid bij de inkoop van de HIC- en IHT-zorg realiseren, terwijl voldoende ruimte voor regionaal maatwerk en een actieve rol van de zorginkoper en zorgaanbieder behouden blijft.
- Samenwerking in de acute ggz keten bevorderen, en tegelijkertijd zoveel mogelijk voorkomen dat een wijziging in de bekostiging en inkoop leidt tot afwenteleffecten op de acute ggz vanuit andere delen van de ggz.

Deze doelen zijn vergelijkbaar met de eerdere beweegredenen om budgetbekostiging met inkoop in representatie in te voeren voor de functies triage, beoordeling en crisis behandeling in de acute psychiatrische hulpverlening.

Tegelijkertijd realiseer ik me dat er meer nodig is om bovenstaande doelen te bereiken dan alleen de aanpassing van de wijze van bekostiging door de overheid. Deelnemers van het BO cruciale ggz onderschrijven dat daarin ook een belangrijke rol voor (vertegenwoordigers) van zorgaanbieders en verzekeraars is weggelegd. Ik verwacht dat zij zich in het kader van de bestuurlijke afspraken maximaal inspannen aan de regionale tafels en de landelijke tafel in lijn met de gespreksleidraad cruciale ggz⁶, zodat er in de jaren 2026 en 2027 al merkbare verbeteringen ontstaat voor patiënten in de cruciale ggz. Ook is de afspraak gemaakt dat in de tussentijd geen cruciaal ggz-aanbod verdwijnt om financiële redenen⁷, en hebben partijen aanvullende afspraken gemaakt voor de HIC en IHT. Zo gaan dNLggz, NVvP, NIP, V&VN parallel aan de slag met een actieaanpak om het tekort aan professionals in de acute keten te verminderen. Daarnaast gaat een werkgroep aan de slag met een uniforme afbakening en normenkader van voorwaarden voor de organisatie en kwaliteit van zorg (zie begrippenkader). Ik vraag u in uw advies te onderzoeken hoe invoering van budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de HIC en IHT ondersteunend kan zijn aan deze afspraken.

Begrippenkader

Een scherpe afbakening en duidelijke normen zijn randvoorwaardelijk om budgetbekostiging vorm te kunnen geven. Het BO cruciale ggz heeft daarom ingestemd een traject te starten waarin een werkgroep met vertegenwoordiging en experts van aanbieders, verzekeraars, patiënten en overheidspartijen komt tot een uniforme afbakening van de HIC en IHT en een normenkader van voorwaarden voor de organisatie en kwaliteit van deze zorg. Gelet op de urgentie wil ik niet wachten met het vragen van het onderhavige advies tot de uitkomsten van dit traject duidelijk zijn. Ik verzoek u daarom om bij aanvang van uw advies (deel 1) uit te gaan van de reeds beschikbare definities en normen voor de HIC en IHT:

⁶ [Gespreksleidraad cruciale ggz](#)

⁷ Aanbieders hebben daarbij nog wel steeds een duidelijke verantwoordelijkheid zich in te spannen voor gezonde en integere bedrijfsvoering.

- Voor het begrip van de HIC kan worden uitgegaan van het kader voor klinische zorg aan patiënten voor wie ambulante behandeling tijdelijk niet toereikend is en kortdurende klinische opname noodzakelijk is⁸.
- Voor het begrip van de IHT kan worden uitgegaan van het kader voor intensieve outreachende behandeling/crisisinterventie in de thuissituatie en ondersteunende dagbehandeling ter voorkoming of verkorting van een opname in de kliniek. Bij IHT-zorg gaat het om zorg die 24/7 beschikbaar moet zijn voor de patiënt⁹.

Deze definities en normen vormen ook de basis voor de werkgroep die aan de slag gaat om te komen tot aan een uniforme afbakening van de HIC en IHT en een (nieuw) normenkader. Ik verzoek u gedurende de advisering zover mogelijk de (tussentijdse) uitkomsten van de werkgroep mee te nemen, en de werkgroep tijdig te informeren wanneer uitkomsten niet voldoende helder zijn om een volwaardig advies te kunnen geven. Waar mogelijk geeft u op voorhand aan de werkgroep mee welke informatie u nodig heeft voor de adviesaanvraag. Dat is met name relevant bij aanvang van deel 2 zoals verwoord in deze brief (zie hieronder).

Uitgangspunten bekostiging en inkoop

In aanvulling op het begrippenkader, verzoek ik in uw advisering uit te gaan van een aantal randvoorwaarden in de bekostiging en inkoop:

- De geldende zorgstandaarden zijn leidend voor wat betreft de kwaliteit van HIC en IHT.
- Wijzigingen in de bekostiging en inkoop worden zoveel mogelijk budgettair neutraal vormgegeven. Daarbij zal een eventuele verhoging van kosten voor de HIC- en IHT-zorg, gecompenseerd moeten worden via maatregelen die de kosten verlagen elders in de sector.
- Wijzigingen in de bekostiging en inkoop zijn zo eenvoudig mogelijk en leiden niet tot een onevenredige structurele toename van administratieve lasten voor aanbieders/verzekeraars.
- De wijze van inkoop is uitvoerbaar, niet vrijblijvend en toekomstbestendig met behoud van ruimte voor regionaal maatwerk. Wanneer concurrentieprikkels/marktwerking het borgen van voldoende kwaliteit en beschikbaarheid te veel in de weg zitten, moet dit worden weggenomen. Tegelijkertijd moeten er voldoende prikkels blijven gericht op doelmatige zorgverlening, bijvoorbeeld door uit te gaan van benchmarking tussen regio's.

⁸ Dit kader staat beschreven in het Werkboek HIC: High en intensive care in de psychiatrie (Mierlo et al., 2014). In de [kwaliteitsstandaard Assertieve en verplichte zorg](#) wordt hier ook naar verwezen. Daarnaast staan in [HIC-monitor](#) normen beschreven die bedoeld zijn om te toetsen in hoeverre aanbieders handelen in lijn met de beschreven werkwijze in het werkboek (modelgetrouwheidsschaal).

⁹ Dit kader staat beschreven in het Handboek IHT: Intensive home treatment (Prinsen, 2016). In de [kwaliteitsstandaard Assertieve en verplichte zorg](#) wordt hier ook naar verwezen. Daarnaast staan in de [IHT-monitor](#) normen beschreven die bedoeld zijn om te toetsen in hoeverre aanbieders handelen in lijn met de beschreven werkwijze in het handboek (modelgetrouwheidsschaal).

Ik verzoek in uw advisering partijen tijdig te consulteren over deze randvoorwaarden (zie ook kopje 'consultatie veldpartijen en gerelateerde trajecten'), en te signaleren als het borgen van de randvoorwaarden tussentijds aanvullende maatregelen vergt waar het ministerie van VWS eventueel een rol in kan vervullen.

Adviesaanvraag (deel 1)

Alvorens een besluit te nemen over invoering van budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de volledige HIC en IHT, vind ik het van belang de consequenties goed te overzien. In deel 1 van uw advies vraag ik u allereerst zo goed mogelijk de consequenties van deze invoering in kaart te brengen aan de hand van verschillende scenario's. Op basis daarvan zal ik een afweging maken over het vervolgproces, zodat u gericht invulling kunt geven aan deel 2 van uw advies. Ik verzoek u daarbij in te gaan op de volgende vragen:

1) Hoe zijn de HIC en IHT op dit moment georganiseerd?

Ik verzoek u om te onderzoeken in hoeverre u voorafgaand aan de uitkomsten van de werkgroep afbakening alvast op basis van bestaande data middels een 0-meting/monitor (kwantitatief) inzicht te geven in de omvang en toegankelijkheid van de HIC en IHT. Denk daarbij aan zaken als aantallen aanbieders, mix van behandelaren, behandelduur, verblijfdagen, consulten, doorstroombmogelijkheden en zorgvraagtypes.

2) Op welke wijze(n) kan budgetbekostiging voor de volledige HIC en IHT met inkoop in representatie door verzekeraars bijdragen aan het borgen van de beschikbaarheid van deze zorg, zodat daarmee verdere verschraling kan worden voorkomen?

Ik verzoek u in de uitwerking zoveel mogelijk voort te bouwen op eerdere adviezen over (vormen van) budgetbekostiging, waarin de mogelijkheden zijn geschetst voor differentiatiemogelijkheden in de afbakening en verschillende grondslagen voor de omvang van het budget, zoals populatiekenmerken, capaciteit en functies¹⁰. Ik verzoek u te adviseren welke vorm van budgetbekostiging het meest passend is voor de HIC en IHT.

3) Kunt u bij de verschillende varianten bij 2:

- Onderzoeken in hoeverre de beschreven doelen worden gerealiseerd;
- Onderzoeken in hoeverre aan de beschreven uitgangspunten in de inkoop en bekostiging kan worden voldaan;
- Onderzoeken hoe reëel de kans op precedentwerking is voor andere vormen van cruciale ggz vanwege verwevenheid van zorgaanbod en vergelijkbare problematiek;
- Het benodigde tijdspad schetsen.

¹⁰ Zie bijvoorbeeld [Advies bekostiging acute psychiatrische zorg](#) (NZa, 2018), [Advies bekostiging acute zorg](#) (NZa, 2023) en [Advies budgetbekostiging zorgcoördinatie](#) (NZa, 2024).

- 4) Zijn er alternatieve oplossingsrichtingen denkbaar om de beschreven doelstellingen te bereiken, waarbij eveneens aan de uitgangspunten in de inkoop en bekostiging wordt voldaan?

Uitvoeringsvraagstukken (deel 2)

Wanneer ik op basis van deel 1 een afweging heb gemaakt over het vervolgproces ten aanzien van de invoering van budgetbekostiging voor de volledige HIC en IHT, vraag ik u in deel 2 in te gaan op uitvoeringsconsequenties. Daarbij vraag ik tenminste aandacht voor hieronder genoemde uitvoerings-, fraude- en handhavingsvraagstukken.

Budgettaire effecten

Eén van de randvoorwaarden voor de budgetbekostiging is dat dit zoveel mogelijk budgettair neutraal gebeurt. Ik vraag u de budgettaire effecten in kaart te brengen. Ik vraag u om dit integraal te benaderen en indien mogelijk ook de langere termijn financiële houdbaarheid voor de gehele ggz-sector mee te nemen. Ik vraag u in uw uitwerking eventuele risico's op overschrijdingen te signaleren en te adviseren wat ervoor nodig is om deze risico's zo klein mogelijk te maken.

Administratieve lasten

Welke invloed heeft de budgetbekostiging met inkoop in representatie op de administratieve lasten voor aanbieders en verzekeraars?

Gevolgen (nieuwe) normering

In het geval de HIC- en IHT-zorg (nog) niet volledig voldoet aan de afgesproken normen (volgend uit de werkgroep), welke impact kan dit dan hebben op het budget? Welke gevolgen heeft dit voor de financiële zekerheid van ggz-aanbieders en ziekenhuizen en heeft dit gevolgen voor de toegankelijkheid van zorg?

Arbeidsmarkt

Welk effect heeft de budgetbekostiging op de inzet van zorgprofessionals en het tegengaan van personeelstekorten? In hoeverre is de budgetbekostiging ondersteunend aan de actieaanpak vanuit dNLggz, NVvP, NIP, V&VN om het tekort aan professionals in de acute keten te verminderen¹¹.

Eigen risico en risicoverevening

- Heeft uitbreiding van de budgetbekostiging invloed op het verplichte eigen risico? Hoe is de impact op het totale verplichte eigen risico dat geïnd wordt?
- Hoe is de uitbreiding van de budgetbekostiging zo goed mogelijk in te passen binnen de bestaande structuren van de risicoverevening? Welke oplossingen zijn denkbaar in het geval er knelpunten worden gezien, bijvoorbeeld in de registratie van zorggebruik en -kosten op het niveau van een individu? Kunt u op dit punt samen met het Zorginstituut tot een analyse komen?

Schoning

Is er, om dubbele bekostiging te voorkomen, een vorm van schoning nodig? Zo ja, hoe kan dit worden vormgegeven?

¹¹ In het BO cruciale ggz van 24 april jl. hebben partijen ingestemd een actieaanpak te starten vanuit de dNLggz, NVvP, NIP en V&VN. In het volgende BO volgt een plan van aanpak.

Kruissubsidiëring

Wat is het effect van de budgetbekostiging op de relatieve inkomsten van ggz-aanbieders en ziekenhuizen op concurrentiële en non-concurrentiële functies. Wat betekent dat voor het risico op kruissubsidiëring door aanbieders van HIC en IHT-zorg, en wat is nodig om dit risico zo klein mogelijk te maken?

Impact op samenwerking binnen en buiten de ggz

Wat is het effect van de budgetbekostiging op een integrale manier van werken binnen en buiten de ggz? Denk daarbij aan:

- De effecten op de samenwerking tussen afdelingen/onderdelen van een ggz-aanbieder of ziekenhuis;
- De effecten op de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders en ketenpartners uit het veiligheidsdomein en sociaal domein de acute-ggz regio's;

Fraude- en handhavingstoets (deel 2)

Ik vraag u om een fraude-, en handhavingstoets uit te voeren met betrekking tot de invulling van het budget. Dit om de frauderisico's bij de wijziging van deze bekostiging voldoende te kunnen afwegen.

1. Zijn de gehanteerde definities voor de onder toezichtstaande en handhavende organisaties eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend? Zo nee, welke niet?
2. Welke mogelijkheden op fouten en fraude biedt de wijziging in de bekostiging?
3. Hoe groot schat u de kans in dat de mogelijkheden op fouten en fraude zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact? (risico = laag/middel/hoog)
4. Welke beheersmaatregelen zijn volgens u mogelijk ten aanzien van het voorkomen en bestrijden van de geïdentificeerde mogelijkheden op fouten en fraude?
5. Hebben de partijen betrokken bij de uitvoering van, het toezicht op en de handhaving van deze wijze van bekostigen voldoende controle- en handhavingsmogelijkheden zoals sancties en maatregelen? Zijn er lacunes zoals gegevensuitwisseling die niet mogelijk zijn op grond van (privacy)wetgeving? Zo ja, welke?

Consultatie veldpartijen en gerelateerde trajecten

Ik wil u vragen in uw advisering en uitvoeringstoets bij de relevante partijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten) te toetsen welke aandachtspunten zij zien. Ik verzoek u daarom om tenminste ZN, dNLggz, NVvP, V&VN, NFU, NVZ, en MIND goed aangesloten te houden. Als het ministerie van VWS hierbij van dienst kan zijn, ben ik daar uiteraard toe bereid.

Daarnaast vraag ik u actief betrokken te zijn bij twee trajecten die volgen uit het BO cruciale ggz van 24 april jl. en nauw verweven zijn met de bekostiging en inkoop van de HIC- en IHT-zorg bij ggz-aanbieders en ziekenhuizen. Zoals hiervoor aangegeven gaat

het om het traject waarin een werkgroep aan de slag gaat met een uniforme afbakening en normenkader voor de HIC en IHT, en om het traject waarin een actieaanpak wordt geformuleerd om het tekort aan professionals in de acute keten te verminderen. Ik vraag u deze ontwikkelingen mee te nemen in uw advies en tijdig in overleg te treden met het ministerie van VWS, dan wel andere relevante partijen, als noodzakelijke informatie ontbreekt voor een voorspoedig verloop van uw advies en uitvoeringstoets.

Procesafspraken

Gezien de vraagstelling in deze toets, verzoek ik u om een proces in te richten dat voorziet in een constructieve opdrachtgever-opdrachtnemer relatie. Onderdeel daarvan is in ieder geval een periodiek overleg om de voortgang te bespreken.

Ik verzoek u om zo snel mogelijk, maar uiterlijk 1 februari 2026, uw advies op te leveren ten aanzien van de wijze(n) waarop de invoering van budgetbekostiging voor de HIC en IHT kan bijdragen aan het borgen van de beschikbaarheid van deze zorg (deel 1). Op basis van daarvan zal ik een afweging maken over het vervolgproces, zodat u gericht invulling kunt geven aan deel 2 van uw advies. Ik streef ernaar om in de zomer van 2026 een definitief besluit te nemen over mogelijke invoering van budgetbekostiging per 1 januari 2028. Ik verzoek u daarom de antwoorden op uitvoeringsvraagstukken (deel 2), die van belang zijn voor de technische uitvoering evenals de fraude- en handhaafbaarheidstoets, voor 1 juli 2026 op te leveren.

Ik ga ervan uit dat de kosten die gemoeid zijn met deze vraag kunnen worden opgevangen binnen de door VWS beschikbaar gestelde middelen, en voor zover dit niet het geval is, dit wordt meegenomen in de gebruikelijke afspraken rond de planning- en controlcyclus tussen de NZa en VWS.

Hoogachtend,

de staatssecretaris Jeugd,
Preventie en Sport,

Judith Zs.C.M. Tielen