

25 april 2018

Onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022

Toelichting vanuit het onderhandelaarsteam Federatie

Partijen:

- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- De minister voor Medische Zorg en Sport (VWS)

1. Algemene overwegingen

Overwegende dat:

- Alle betrokken partijen de ambitie hebben om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat de zorg zowel nu als op lange termijn zowel fysiek, tijdig als financieel toegankelijk blijft voor iedereen die zorg nodig heeft, met als streven op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei;
- In het Regeerakkoord in dat licht ook het voornemen tot het sluiten van Hoofdlijnenakkoorden is opgenomen;
- Partijen van mening zijn dat demografische en maatschappelijke ontwikkelingen, zoals vergrijzing, toenemende multi-morbiditeit en technologische ontwikkelingen die op ons afkomen maar ook veranderende wensen die de samenleving stelt aan zorg en ondersteuning, vergaande aanpassingen vergen in de wijze waarop zorg en ondersteuning wordt geboden;
- Deze ontwikkelingen onder meer vragen om een transformatie naar het leveren van de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional op het juiste moment en tegen de juiste prijs, met als uitgangspunt dat de patiënt minimaal even goede of zelfs betere zorg zal ontvangen;
- Dergelijke veranderingen niet van de ene op de andere dag plaatsvinden. Voldoende tijd en een meerjarenperspectief op zowel landelijk als regionaal niveau zijn randvoorwaardelijk om de noodzakelijke aanpassingen onderdeel te laten worden van voorgenoemde transformatie;
- Het hiervoor nodig is in alle sectoren de bakens te verzetten, aangezien partijen voor het realiseren van de ambities ook afhankelijk zijn van de inzet en bijdrage van andere sectoren. Dit vergt zowel inhoudelijke als financiële afspraken in verschillende sectoren in

Vanuit de FMS is de toevoeging 'met als uitgangspunt dat de patiënt minimaal even goede of zelfs betere zorg zal ontvangen' afkomstig. We willen hiermee benadrukken dat kwaliteit van zorg voorop staat, en niet de 'juiste prijs'. Als we merken dat verschoven zorg van mindere kwaliteit is hebben we met deze passage een mogelijkheid om opmerkingen daarover te plaatsen.

Met verschillende sectoren worden hier 1^e lijn (huisartsen), wijkverpleging, GGZ bedoeld. In deze paragraaf staat dus dat samenhangende afspraken in die andere sectoren nodig zijn; komt het niet tot die afspraken, dan hebben we de mogelijkheid om een discussie aan te gaan (zie ook later)

de zorg om deze inzet en bijdrage te borgen alsmede in samenhang te realiseren en na te komen;	
g. Dit akkoord bijdraagt aan een substantiële verlaging van administratieve lasten voor de zorgprofessional en zorginstelling;	<i>Alle ondertekenende partijen committeren zich dus ook aan dit punt; dit betekent dat we hen er ook steeds op kunnen wijzen als er toch maatregelen worden genomen die de administratieve lasten doen toenemen</i>
h. Partijen zich tot het uiterste inspannen om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of zullen oplopen. Zorgverzekeraars zullen voortdurend alert zijn op het ontstaan van wachtlijsten en uit hoofde van hun zorgplicht zo nodig actie ondernemen. Zij zijn daarbij afhankelijk van de signalen van zorgaanbieders zelf. Zorgaanbieders zullen tijdig in overleg zullen treden met verzekeraars als zich problemen voordoen of dreigen voor te doen;	<i>Van belang is hier dat het een inspanningsverplichting is en geen resultaatsverplichting.</i>
i. Het wenselijk is dat met het oog op de contractering voor 2019 tijdig duidelijkheid bestaat over de inhoudelijke en financiële kaders voor het jaar 2019;	
j. Het wenselijk is, om te voorkomen dat er met het aantreden van een nieuw kabinet na de kabinetsperiode Rutte-III een brugjaar zou ontstaan, dit akkoord te sluiten voor de periode 2019 t/m 2022.	<i>Voor 2018 moest een overgangsakkoord worden gesloten voor een jaar; dat willen we met deze paragraaf voor een volgende keer voorkomen</i>
Spreken partijen het volgende af: 2. Inhoudelijke randvoorwaarden 2.1 De juiste zorg op de juiste plek <i>Algemeen</i> a. Partijen committeren zich aan de gewenste transformatie naar <i>de juiste zorg op de juiste plek</i> . Het rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek – wie durft' (april 2018) van de gelijknamige Taskforce fungeert hierbij als een belangrijke inspiratiebron. Het vertrekpunt is het functioneren van mensen, lichamelijk, psychisch en sociaal. Niet op elke behoefte van mensen past een medisch antwoord. Het gaat erom goed functioneren te bevorderen (preventie) en in geval van ziekte de gevolgen daarvan te beperken en zo mogelijk te keren (via ondersteuning, begeleiding en behandeling). Dit vraagt om tijdige signalering, gezondheidsvaardigheden van patiënten, brede triage op het juiste moment, meer tijd voor patiënten, consultatieve samenwerking en goede vervolg- en gespecialiseerde zorg waarin de zorgbehoefte van mensen en de mogelijkheden om weer zelf regie te krijgen over hun functioneren centraal staan (eigenaarschap). Het vormgeven van deze transformatie in de praktijk vraagt om commitment van mensen zelf, van zorgprofessionals en hun organisaties en van de inkopers van zorg en ondersteuning. Deze transformatie heeft als effect: i) het voorkomen van (duurdere) zorg; ii) het verplaatsen van zorg, (dichter) bij mensen thuis als dat kan dan wel verder weg (geconcentreerd) als het omwille van de kwaliteit en doelmatigheid moet.	<i>Vanuit VWS werd het rapport van de Taskforce als leidend beschouwd; de 'veldpartijen' (waaronder de FMS) kon zich hier niet in vinden en uiteindelijk hebben we het een inspiratiebron genoemd; we kunnen daarmee dus niet vastgelegd worden op specifieke punten uit het rapport van de Taskforce.</i> <i>Met 'consultatieve samenwerking' krijgen medisch specialisten een extra handvat om ook een stap te zetten naar daadwerkelijk consultatie buiten de instelling.</i> <i>'Het vormgeven van deze transformatie in de praktijk vraagt om commitment van mensen zelf' is een toevoeging op verzoek van de FMS om aan te geven dat ook de burgers in NL hierop aangesproken moeten worden. Immers, als patiënten persé naar de specialist verwezen willen worden of hun vervolgccontroles niet in de 1^e lijn wensen, dan kunnen wij niet verantwoordelijk zijn voor een verschuiving van zorg. In de onderhandelingen hebben we specifiek de Patiëntenfederatie en VWS hierop aangesproken, met de suggestie een publiekscampagne te beginnen.</i> <i>Onder de puntjes ii) en iii) hebben we de woorden kwaliteit toegevoegd; dit geeft ons een mogelijkheid om opmerkingen te gaan maken als hier niet aan voldaan wordt; in substitutieprojecten zou met verwijzing naar dit artikel dus</i>

<p>iii) het vervangen van zorg door andere zorg, zoals e-health, met een gelijkwaardige of betere medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg.</p>	<p><i>ook een onderzoek opgenomen kunnen worden naar die kwaliteit, dit om te voorkomen dat men de verschuiving an sich als uitgangspunt neemt cq als doelstelling ziet.</i></p>
<p>b. Bestuurlijk commitment op nationaal niveau is nodig om dit proces te stuwen en te ondersteunen. De rapportage van de Taskforce 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' vormt de leidraad voor de agenda van het bestuurlijk overleg medisch-specialistische zorg in de komende jaren, waarbij de gedane voorstellen een plek krijgen. Dat gebeurt ook in de bestaande bestuurlijke overleggen. Hierbij zal ook zo goed mogelijk concreet worden gemaakt hoe de voortgang van de transformatie inzichtelijk kan worden gemaakt in de zin dat mensen echt merken dat de zorg en ondersteuning beter aansluit op hun behoefte om te functioneren.</p>	<p><i>Met 'bestaande bestuurlijke overleggen' worden de overleggen bedoeld in het kader van de zorgakkoorden; ook het zorgakkoord medisch specialistische zorg kende de afgelopen jaren elk kwartaal een overleg. Vanuit de FMS is aangedrongen op het inzichtelijk maken van de voortgang van de transformatie; ons punt komt hier echter nog altijd niet goed uit de verf. We wilden met het de informatie inzicht krijgen in het halen van de doelstelling mbt de ombuiging in kosten om discussie uit te lokken als het niet goed lukt en om later niet onverwacht geconfronteerd te worden met een MBI (zie later)</i></p>
<p>c. Tussen het bestuurlijke commitment op nationaal niveau en het in de praktijk waarmaken van <i>de juiste zorg op de juiste plek</i>, is het nodig dat partijen een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk. Waar dit niet tot stand komt nemen de inkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) het initiatief en zullen samen met zorgaanbieders, professionals en patiëntenorganisaties zorgen dat dit gebeurt. Dit beeld wordt vertaald in individuele contractering waarbij partijen hun eigen verantwoordelijkheid in het zorgstelsel behouden. Hierbij streven zowel aanbieders als inkopers congruentie na. Partijen kunnen elkaar aanspreken op elkaars bijdrage om de gedeelde opgave aan te pakken.</p>	<p><i>'Hierbij streven zowel aanbieders als inkopers congruentie na'. Dit is lang een punt van discussie geweest vanuit o.a. de ziekenhuizen, erop wijzend dat het lastig is om afspraken te maken met de verschillende zorgverzekeraars: de een wil dit, de ander dat; de een ziet de sociale situatie zus, de ander zo. Uiteindelijk hebben de zorgverzekeraars ingestemd met de zinsnede 'streven congruentie na'. Dit slaat dus op de situatie dat instellingen met meerdere zorgverzekeraars van doen hebben; in elk geval is er nu een formele mogelijkheid om opmerkingen te maken als de zorgverzekeraars in hun wensen (te) ver uit elkaar liggen</i></p>
<p>d. Met dit akkoord wordt op nationaal niveau afgesproken dat dit proces plaatsvindt en ieder zijn bijdrage levert. Hoe dit gebeurt en wat wordt afgesproken gebeurt decentraal. Via onder meer de bestaande bestuurlijke overleggen wordt de voortgang besproken, geleerd van de ervaringen, en aangejaagd en ondersteund als daar aanleiding voor is. Zonder dat dit leidt tot een centrale regie, centrale systemen van monitoring en/of verantwoording.</p>	<p><i>Vanuit de FMS is aangedrongen op een monitoring van het hele gebeuren; want wat als de 1^e lijn niet mee kan/wil werken en de zorg toch geabsorbeerd moet worden in de 2^e lijn? Dat is iets waar dan in elk geval de medisch specialisten niets aan kunnen doen. De zorgverzekeraars wilden een dergelijke monitor absoluut niet, daarbij ook verwijzend naar de onwenselijkheid om administratieve lasten te introduceren om het een en ander bij te houden. In elk geval is er nu een mogelijkheid om op hoofdlijnen een soort monitor te vragen, en 'ondersteuning' van de voortgang als daar aanleiding voor is.</i></p>
<p>e. Om de benodigde focus te richten op de transformatie naar <i>de juiste zorg op de juiste plek</i> zal gedurende de kabinetsperiode Rutte III de vrije keuze voor medisch specialisten om te werken in dienstverband of als vrij beroepsbeoefenaar gehandhaafd blijven en zullen medisch specialisten en gelijkgestelde beroepsbeoefenaren, te weten klinisch chemici, klinisch fysici en ziekenhuisapothekers (voor zover zij als zodanig werkzaamheden verrichten) buiten de werkingssfeer van de Wet Normering Topinkomens blijven.</p>	<p><i>Voor ons een hard punt. Tegen de disclaimer 'gedurende de kabinetsperiode Rutte III' kunnen we weinig inbrengen. Juridisch is de term 'buiten de werkingssfeer van de WNT' nog interessant, want dat is een breder begrip dan alleen de 'bezoldigingsnorm' en betreft bijvoorbeeld ook de openbaarmaking ervan . Let op: in tegenstelling tot het regeerakkoord staat er nu dus <u>niet</u> dat er gekozen moet worden tussen loondienst en participatiemodel! Hiermee is het voortbestaan van MSB's dus gegarandeerd (mits zij voldoen aan de fiscale criteria van ondernemerschap uiteraard).</i></p>

<p>f. Een belangrijke randvoorwaarde voor de beweging van zorg binnen en tussen sectoren is dat de financiering de patiënt zal volgen zolang dit niet leidt tot een wijziging van de bekostigingssystematiek. Verzekeraars en aanbieders maken daarover tijdens de contractering regionaal/lokaal afspraken. De uitkomsten van het onderzoek naar transitiekosten dat partijen in gang hebben gezet kunnen hierbij als input dienen.</p>	
<p>g. Een katalysator voor de gewenste transformatie is een gelijkgerichtheid van belangen van alle partijen in de zorg. Anders dan het voorop stellen van (financieel) eigenbelang, gaat het om het <u>gezamenlijk</u> nastreven van kwaliteit en doelmatigheid.</p>	
<p>h. Voor instellingen die meegaan in de gewenste transformatie naar <i>de juiste zorg op de juiste plek</i> dan wel naar Krimp bewegen, is voor de periode 2019 tot en met 2022 incidenteel transformatiegeld beschikbaar. Deze transformatiegelden zijn een tijdelijk onderdeel van het macrokader medisch-specialistische zorg (MSZ). Initiatieven die hiervoor in aanmerking komen voldoen aan de volgende uitgangspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Ze dragen bij aan de transformatie, zoals beschreven in het rapport van de Taskforce 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'; ii) Ze zijn passend in het gedeelde meerjarenperspectief; iii) Ze zijn substantieel van aard; iv) Ze hebben een blijvend effect; v) De door de initiatieven bespaarde omzet bij de zorgaanbieder(s) wordt niet opgevuld; vi) De initiatieven worden binnen de contractering op eigen merites beoordeeld; vii) Tenminste één medisch-specialistische zorgaanbieder en één zorgverzekeraar zijn partij in het initiatief. <p>Deze uitgangspunten worden opgenomen door zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid. De daadwerkelijke afspraken over deze initiatieven worden zichtbaar in de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ook hier zullen zorgverzekeraars congruent gedrag vertonen met inachtneming van eigen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. In technische zin wordt dit als volgt vertaald:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is een reguliere afspraak die leidt tot een prijs x; • Er komt een transformatieafpraak met kostenniveau y; • Kostenniveau y wordt vervolgens als aparte transformatieopslag zichtbaar gemaakt in de prijzen en dus ook in de totale omvang van het contract. <p>De NZa vraagt regulier de contracten op en doet hiervan een analyse en maakt daarin ook zichtbaar welke transformatieafspraken zijn gemaakt. Deze analyse wordt besproken in het bestuurlijk overleg medisch-specialistische zorg. Op basis van deze analyse bezien partijen of er aanvullende afspraken nodig zijn.</p>	<p><i>Tijdens het debat is hier lang bij stilgestaan. Transformatiegelden zijn gelden die instellingen kunnen gebruiken om daadwerkelijk vorm te geven aan de inhoud van het akkoord (dus bijvoorbeeld het verplaatsen van zorg naar buiten de instelling -dat kan ook medisch specialistische zorg in de 0^e lijn zijn!). De instellingen hebben zich tijdens de onderhandelingen hard opgesteld om de transformatiegelden los te zien van de onderhandelingen over de contractering van zorg. Het compromis is de oorzaak van de nogal uitgebreide tekst, met nog een controle van de NZa op de contracten (de NZa ziet altijd al de contracten in, maar zal dus niet specifiek letten op passages over die transformatiegelden). Als FMS zijn we buiten deze discussie gebleven.</i></p>
<p>i. Om ongewenste praktijkvariatie (verschillen in behandeling die niet verklaard kunnen worden door o.a. individuele patiëntkenmerken) te reduceren is samenwerking tussen partijen in het veld nodig. Gedurende de looptijd van dit akkoord zal het in kaart brengen van ongewenste praktijkvariatie voor een beperkt aantal aandoeeningen door partijen</p>	<p><i>Punt is ingebracht door de Patiëntenfederatie; zij zijn hiermee namelijk bezig. In het verleden heeft dit door ongenuanceerde publicaties weerstand opgewekt bij de FMS. We hebben de tekst weten te buigen naar een gemeenschappelijk punt ('wordt door partijen voortgezet' betekent dat dat</i></p>

worden voortgezet. Inzicht hierin kan de verbetercyclus op gang brengen en snel bijdragen aan doelmatige zorg en aan verbetering van zorguitkomsten.	<i>niet door één partij kan worden gedaan), terwijl nu is toegevoegd dat het initieel om een verbetercyclus gaat. Zie ook verderop.</i>
j. Ook voor dure geneesmiddelen zal extra ingezet worden op de juiste zorg, de juiste plaats en de juiste professional door meer te sturen op gepast gebruik zoals beschreven in het Visiedocument Dure Geneesmiddelen van de FMS. Ook kan behandeling met dure medicatie ten minste initieel worden geconcentreerd voor indicatiestelling, ervaring en onderzoek. Acties om de uitgaven aan dure geneesmiddelen te temperen worden uitgewerkt binnen het landelijk overleg dure geneesmiddelen. Daarnaast zal het Zorginstituut Nederland op verzoek van partijen herbeoordeling van reeds vergoede dure geneesmiddelen in het kader van geneesmiddelen-pakketbeheer uitvoeren.	<i>Dure geneesmiddelen vormen een risico voor het akkoord, wat als de kosten explosief stijgen? Wij hebben aangegeven dat wij niet medeverantwoordelijk kunnen zijn voor die kosten anders dan dat wij de middelen doelmatig zullen inzetten. In dat kader hebben we ons eigen Visiedocument Dure Geneesmiddelen als basis in het zorgakkoord weten te benoemen, waarmee een deel van de regie bij onszelf komt te liggen.</i>
k. Een analyse van de NZa over de acute zorg heeft laten zien dat om de toegankelijkheid en toereikendheid van het aanbod te verbeteren, domeinoverstijgende actie is geboden. Ook doelmatigheid en flexibiliteit spelen hierbij een rol. Hiertoe is door WWS voor de acute zorg een gezamenlijke agenda opgesteld die door partijen blijvend ter hand wordt genomen. De NZa zal periodiek een analyse uitvoeren.	
Uitkomstinformatie	
l. Partijen onderschrijven de ambitie dat in 2022 voor ruim 50% van de ziektelast de uitkomsten van zorg die er voor de patiënt toe doen inzichtelijk zijn en deze te gebruiken zijn voor:	
<ul style="list-style-type: none"> i) Het bevorderen en ondersteunen van het lerend vermogen van zorgprofessionals (artsen, verpleegkundigen en verzorgenden) en instellingen door benchmarking; ii) Het verstrekken van keuze-informatie voor patiënten ten behoeve van de keuze voor de spreekkamer (welke) en de keuze <i>in</i> de spreekkamer¹; iii) Zorginkoop die aansluit bij de behoeften van de patiënt. 	
m. Zorgprofessionals en zorgorganisaties hebben ruimte nodig om deze ambitie te kunnen realiseren. Deze ruimte wordt onder meer gecreëerd door uitvoering te geven aan de in artikel 2.3 genoemde punten.	
n. Om de doelstellingen uit het voorgaande lid te faciliteren zullen deze uitkomstdata landelijk op geaggregeerd niveau beschikbaar komen. Verdere uitwerking van de ambitie ten aanzien van zorguitkomsten en de wijze waarop zorguitkomsten transparant worden gemaakt, vindt plaats in het programma 'Uitkomstinformatie voor samen beslissen' dat het Zorginstituut Nederland in opdracht van de minister en in nauwe consultatie met de betrokken brancheorganisaties uitvoert. Daarbij is de lijn dat bij het vergroten van het inzicht in zorguitkomsten de aandacht in eerste instantie is gericht is op ondersteuning van het lerend vermogen van professionals, en daarna snel beschikbaar komt voor de ondersteuning van de keuzemogelijkheden van patiënten en voor de zorginkoop. Daarmee wordt recht gedaan aan de ontwikkeling van de uitkomstinformatie zelf.	<i>Van belang is dat beschreven is dat beschikbare zorguitkomsten éérsst dienen voor het leren door professionals, en daarmee dus niet meteen openbaar zullen worden. Pas in een tweede fase (er staat nu 'snel', maar er staat dus geen definitief tijdsbestek) komen zij beschikbaar voor keuze en zorginkoop.</i>
o. Om het continue leren en verbeteren door de zorgprofessionals en zorgorganisaties te faciliteren is het van belang dat naast zorguitkomsten, de daarvoor noodzakelijke proces-	<i>Punt door FMS ingebracht: De huidige landelijke discussies over 'zorguitkomsten' doen vrezzen dat andere partijen alleen koersen op die</i>

¹ Dit moet worden gelezen als het contact tussen patiënt en zorgverlener.

<p>en structuurinformatie wordt verzameld. Kwaliteitsregistraties zullen hierbij een belangrijke rol blijven spelen, maar wel met oog voor de administratieve lasten. De concretisering van deze ambities en de monitoring van de uitvoering vindt plaats binnen het Bestuurlijk Overleg Transparantie.</p>	<p>uitkomstmaat en alle onderliggende informatie niet van belang vinden en dus niet ondersteunen. Met deze paragraaf wordt het (voort)bestaan van kwaliteitsregistraties gegarandeerd; wel hebben we op ons genomen om de administratieve lasten dienaangaande te beperken, iets wat we overigens tijdens de laatste strategiebijeenkomst voorafgaande aan de AV al overeen waren gekomen.</p>
<p>Samen beslissen</p> <p>p. Bij Samen Beslissen kiezen patiënt en zorgverlener samen of, en zo ja welke zorg het beste past voor de patiënt. De zorgverlener legt de voordelen en risico's uit van alle (behandel-) mogelijkheden. Patiënten maken hun persoonlijke situatie en hun voorkeuren kenbaar ten aanzien van de mogelijkheden. Om Samen Beslissen in de spreekkamer te bevorderen, zullen partijen de reeds ingezette programma's en maatregelen voortzetten. Partijen richten zich hierin op de volgende 4 elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Het stimuleren van Samen Beslissen door zorgverleners en patiënten door vergroting van de bewustwording, door de ontwikkeling en uitvoering van een vervolg op de communicatiestrategie van 'Betere zorg begint met een Goed Gesprek' en door het bevorderen van kennis en vaardigheden van zorgverleners en patiënten op dit gebied; ii) Het verzamelen van betrouwbare, vergelijkbare en door patiënten relevant gevonden uitkomstinformatie en deze tijdig ter beschikking stellen aan patiënten en zorgverleners ter ondersteuning van het proces van Samen Beslissen; iii) het (verder) ontwikkelen en beschikbaar maken van instrumenten zoals Keuzehulp die voldoen aan de criteria van de leidraad 'Hoe maak ik een Keuzehulp bij een Richtlijn?', vanuit één voor iedereen toegankelijke landelijke betrouwbare bron; iv) Ruimte en tijd bieden in het zorgproces om een goed gesprek mogelijk te maken. Dit vraagt zowel logistische, ICT- als financiële maatregelen. <p>Innovatieve zorgvormen/e-Health</p> <p>q. Randvoorwaardelijk om stappen te kunnen zetten richting <i>de juiste zorg op de juiste plek</i> moet de opschaling van zinvolle en doelmatige (proces)innovaties, e-healthtoepassingen en digitaal ondersteunde zorg worden versneld. Dit draagt bij aan verbetering van de ervaren kwaliteit van zorg en een lagere administratieve last voor zorgverlener en patiënt. Veilige en doelmatige e-health-toepassingen dienen binnen de looptijd van dit akkoord een regulier onderdeel van goede zorg te worden en de regie op gezondheid door mensen zelf te ondersteunen. Veilige en doelmatige e-health komt beschikbaar voor iedere patiënt die er gebruik van kan en wil maken. Hiertoe ondernemen partijen de volgende acties:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Waar digitale ondersteuning consistent en aantoonbaar veilig en doelmatig is en bijdraagt aan de waarde voor patiënten zal dit onderdeel worden van kwaliteitsstandaarden; 	<p>Dit is in feite al wat we momenteel aan het doen zijn en vraagt dus om een voorang van deze activiteiten</p>

<p>ii) Goede praktijkvoorbeelden worden actief uitgewisseld en opgeschaald. Meer en betere evaluatie van effectiviteit en doelmatigheid van veelbelovende interventies is nodig om de innovatiepraktijk verantwoord te verbeteren;</p> <p>iii) Zorgverleners en patiëntenorganisaties informeren hun patiënten actief over de mogelijkheden van effectief getoonde toepassingen en van persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) en ondersteunen hen waar nodig in het gebruik;</p> <p>iv) Zorgverzekeraars en zorgaanbieders nemen in de contractering standaard e-health toepassingen en innovatieve mogelijkheden mee als deze doelmatig zijn en meerwaarde voor patiënten bieden;</p> <p>v) Zorgaanbiedende en zorgvragende partijen stimuleren innovaties die voldoen aan de wensen van gebruikers en doelmatig zijn en creëren hiertoe ruimte;</p> <p>vi) VWS en andere partijen spannen zich in, ook door financiële stimulering, om het gebruik van digitaal ondersteunde zorg te bevorderen en belemmeringen weg te nemen;</p> <p>vii) Partijen inventariseren met de NZa eventuele nog bestaande belemmeringen in de bekostiging van innovatieve toepassingen binnen de MSZ en zullen deze wegnemen.</p>	
<p>ICT-zorginfrastructuur</p> <p>r. Om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen verlenen, is het ook randvoorwaardelijk dat zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars op het juiste moment beschikken over de juiste informatie. Het wegnemen van belemmeringen in het vastleggen, koppelen, ontsluiten en uitwisselen van (patiënt)gegevens moet daarom zo snel mogelijk gebeuren. Standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling moeten worden ontwikkeld en gebruikt.</p>	<p><i>Dit is mede een punt door de FMS ingebracht; let op het woord 'randvoorwaardelijk'. Als hier niet aan voldaan wordt, kan men ons dus ook niet 'ophangen' aan het niet goed van de grond komen van 'de juiste zorg op de juiste plek'.</i></p>
<p>s. Partijen waaronder VWS, NVZ, NFU, FMS, V&VN, Patiëntenfederatie en ZN hebben in het Informatieberaad afspraken gemaakt over uitwisseling en standaardisatie van gegevens. Deze partijen:</p> <p>i) Implementeren de afgesproken standaarden, waaronder de Basisgegevensset Zorg (BgZ) en andere Zorginformatie bouwstenen (ZIB's), de MedMij standaarden en committeren zich daarbij aan de realisatie van de outcome-doelen van het Informatieberaad Zorg² en de door het Informatieberaad geïnitieerde programma's Informatiestandaard Medicatieproces, VIPP, MedMij en Registratie aan de Bron;</p> <p>ii) Onderzoeken de mogelijkheid van een kwaliteitsstandaard voor elektronische gegevensuitwisseling. Wanneer de kwaliteitsstandaard er is, is daarop het wettelijke instrumentarium van toepassing;</p>	

² Het richtlijnconform uitschrijven van medicatierecepten per 01-01-2019; het digitaal en gestructureerd ontsluiten van medische gegevens naar persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) per 01-01-2020; het digitaal en gestandaardiseerd overdragen van gegevens naar andere zorgverleners per 01-01-2020; het eenmalig registreren van gegevens per 01-01-2021, waarbij de gegevens bij de bron blijven, met als doel de registratielast te beperken.

<p>iii) Standaardiseren de kwaliteitsregistraties met behulp van ZIB's en streven automatische vulling van kwaliteitsregistraties na vanuit het elektronisch patiënten-dossier (epd) volgens het principe 'eenmalige registratie voor meervoudig gebruik';</p> <p>iv) Onderzoeken hoe in specifieke situaties het beste invulling gegeven kan worden aan het gegeven dat patiënten voor sommige gegevensuitwisselingen in de zorg actief toestemming moeten geven.</p>	
<p>t. Concreet betekent dit³:</p> <p>i) Voor ziekenhuizen en klinieken onderling:</p> <p>(a) Doel is om zo snel als mogelijk, maar uiterlijk per 2019, een landelijk werkend netwerk te realiseren om gegevens tussen ziekenhuizen en klinieken onderling digitaal uit te wisselen.</p> <p>ii) Voor ziekenhuizen met de eerste lijn:</p> <p>(a) Doel is dat in 2019 alle tweedelijns instellingen alle relevante farmacie data digitaal uitwisselen met de eerste lijn. Daarbij wordt de Informatiestandaard Medicateproces geïmplementeerd. NVZ en NfU stellen samen met de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) en Regionale Samenwerkingsorganisaties uiterlijk per 2020 een plan op voor het aansluiten en maximaal uitwisselen van gegevens van diagnostisch onderzoek, zodat dubbele diagnostiek wordt tegengegaan;</p> <p>(b) Ook de uitwisseling van 'gewone' patiëntgegevens van de eerste lijn met de ziekenhuizen, vooral van belang bij de behandeling en opnames in de ANW-uren door ziekenhuizen, is uiterlijk in 2020 gerealiseerd.</p> <p>iii) Voor ziekenhuizen en klinieken met de patiënt:</p> <p>(a) Einddoel is om, voor patiënten die dit wensen, gegevensuitwisseling en inzage met en door de patiënt zoveel mogelijk te laten verlopen via PGO's, zodat patiënten niet met een grote hoeveelheid aan portalen worden geconfronteerd.</p>	
<p>u. Uiterlijk ultimo 2018 hebben partijen procesafspraken gemaakt over wanneer welke data wordt gedeeld en teruggekoppeld en wie welke data op welk aggregatieniveau mag inzien.</p> <p><i>Kennisvergroting en onderzoek</i></p> <p>v. Partijen hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om te komen tot een systeem waarin verleende zorg continu wordt geëvalueerd en zodoende steeds beter wetenschappelijk is onderbouwd. De kennis die deze wetenschappelijke evaluatie oplevert wordt door de medisch- specialistische en verpleegkundige beroepsgroepen verwerkt in richtlijnen/kwaliteitsstandaarden en ingevoerd in de praktijk. Door geïntensiverde samenwerking en investeringen maken partijen gezamenlijk een continu proces van zorgevaluatie mogelijk en dragen er zorg voor dat uitkomsten van wetenschappelijke evaluatie worden opgenomen in richtlijnen/kwaliteitsstandaarden en dat snelle</p>	<p><i>Dit betreft 'zorgevaluatie'. Punt is mede door FMS ingebracht om zorgevaluatie blijvend te kunnen uitvoeren, en daarmee ook invulling te kunnen geven aan de kennisagendaa's van de wv-en. Punten van belang in deze paragraaf:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De FMS/wv-en zijn niet als enige verantwoordelijk voor de uitvoer van zorgevaluatie (dat is van belang: in eerdere versies stond wel iets van die strekking, en dat zou voor ons een probleem zijn geworden als anderen niet zouden willen meewerken) - Structurele financiering van zorgevaluatie is opgenomen in het zorgakkoord

³ De deadlines opgenomen in deze paragraaf zijn ontleend aan de planning van het Informatieberaad Zorg.

<p>implementatie van die richtlijnen/kwaliteitsstandaarden in de praktijk plaatsvindt. Dit continue proces vraagt om goede regie, begeleiding en structurele financiering.</p>	<p>- <i>Het project Leading the Change was in eerdere versies van het akkoord benoemd; dat is nu weggelaten om ruimte te maken voor een breder platform (met daarbij ook meer inbreng van de FMS/wv-en)</i></p>
<p>w. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties zetten in dat kader in op de bevordering van gepast gebruik. Het doel van deze aanpak is om de kwaliteits- en evaluatiecyclus van medisch en verpleegkundig handelen te verbeteren, gericht op effectieve, zinnige en doelmatige zorg. Waarbij ook wordt bezien welke bewezen niet-effectieve zorg niet langer standaard aangeboden zou moeten worden en welke nog niet bewezen zorg nog verder onderzocht moet worden. Deze uitkomsten slaan voor zover mogelijk tevens neer in het beheer van het verzekerd pakket. Partijen stellen uiterlijk 1 november 2018 een plan van aanpak op voor een versnelling en verbetering van de kwaliteitscyclus (waaronder een intensivering van de uitvoering van zorgevaluatie), gericht op zowel medisch als verpleegkundig handelen. Het plan van aanpak zal ingaan op de vraag hoe de verbeteragenda voor de kwaliteitscyclus en gepast gebruik door een publiek-private samenwerking kan worden vormgegeven en wat de rollen en verantwoordelijkheden van partijen hierin zijn. Het Zorginstituut Nederland heeft bij het maken en uitvoeren van dit plan van aanpak een rol als voorzitter en facilitator. Alle belanghebbende partijen in de zorg zijn betrokken bij het opstellen van dit plan van aanpak.</p>	<p><i>Over de rol van het zorginstituut is lang gesproken. Als FMS vonden wij het te prematuur om ZinNL een rol te geven in de uitvoering, terwijl het plan van aanpak nog moest worden gemaakt. Hierin kregen we geen medestanders. ZinNL gaf aan dat de uitvoering aan de veldpartijen wordt overgelaten als de driehoek zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten dit oppakken.</i></p>
<p>x. Om op de korte termijn al opbrengsten volgens deze aanpak te realiseren wordt een aantal concrete versnellingsplannen in gang gezet. Uitgangspunt is dat zorg aangeboden wordt aan die patiënten die daar ook echt op zijn aangewezen en die profijt hebben van een behandeling en een behandeling ook wensen. Geen over- maar ook geen onderbehandeling. Als concreet onderdeel van de beweging spreken partijen af om uiterlijk 1 november 2018 voor vier aandoeeningen met maatschappelijke impact, een plan van aanpak voor een versnellingsagenda gereed te hebben. Het rapport van de Taskforce biedt hier inspiratie toe. Onderdeel van het plan van aanpak vormen acties gericht op het implementeren van bewezen zinvolle zorg en op het deïmplementeren van zorg die bewezen niet zinvol is. Het uitvoeren van zorgevaluatie daar waar onduidelijkheid bestaat over de effectiviteit, en de eenduidige vertaling van de uitkomsten van dit onderzoek in richtlijnen en de implementatie hiervan, vormen ook onderdeel van het plan van aanpak. Het plan van aanpak beschrijft tevens hoe en op welk moment één en ander in de contractering kan worden verwerkt.</p>	<p><i>Punt op verzoek van FMS toegevoegd. Zie ook eerder. Gaat er om dat we een vinger aan de pols willen. Immers, mocht het zo zijn dat andere sectoren (bijv. 1^e lijn) niet willen of kunnen bijdragen aan 'juiste zorg op de juiste plek' en de 2^e lijn er toch voor opdraait, dan kunnen we uiteraard niet verantwoordelijk worden gehouden voor een overschrijding van het budget. De manier van onderzoek zal dus nog nader besproken moeten worden.</i></p>
<p>y. VWS zal een domeinoverstijgend onderzoek opstarten naar de effecten van de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek. In het bestuurlijk overleg MSZ bespreken partijen de gewenste focus van het onderzoek.</p>	

<p>2.2 Arbeidsmarkt en werkomstandigheden</p> <p>a. De personeelstekorten in de zorg zijn op dit moment groot en nemen nog altijd toe, met name bij verplegend en verzorgend personeel. Bij ongewijzigd beleid is er in 2022 zorgbreed een tekort van 100.000 tot 125.000 zorgprofessionals. Om gezamenlijk de slag te maken naar meer toekomstgericht personeelsbeleid dient verder geïnvesteerd te worden in de competenties en vaardigheden van werknemers en dient ongezonde concurrentie op de arbeidsmarkt beteugeld te worden. Ook dient er werkzekerheid te zijn, dient de ervaren werkdruk omlaag te gaan, moet werk aantrekkelijker worden gemaakt en dient er sprake te zijn van een ambitieuze werkomgeving waarin professionals worden uitgenodigd te excelleren en dienen zij te worden opgeleid voor nu en de toekomst. Het is een gezamenlijke uitdaging om huidige en toekomstige zorgverleners een duurzaam aantrekkelijk beroepsperspectief te bieden. Met als leidend adagium 'zorgbreed waar het kan, branchespecifiek waar het moet', committeren partijen zich aan de doelstellingen en ambities van het zorg- en welzijnsbrede Actieprogramma Werken in de Zorg. Hierin wordt ook aandacht besteed aan de thema's gezond en veilig werken en werkdruk onder medisch specialisten en verpleegkundigen en verzorgenden. Daarnaast committeren partijen zich aan de ambities en de doelstellingen van de Arbeidsmarktagenda MSZ die partijen eind 2017 hebben opgesteld en maken zonnig afspraken die specifieke knelpunten voor de arbeidsmarkt van de MSZ oplossen.</p>	<p><i>De zinsnede 'hierin wordt ook aandacht besteed aan de thema's gezond en veilig werken en werkdruk onder medisch specialisten...' komt uiteraard van de FMS. Geeft dus een opening naar verdere invulling van dit punt (andere partijen kunnen het dus niet wegwuiven).</i></p>
<p>b. Duidelijk is dat we er met alleen traditionele maatregelen gericht op het aantrekken en behouden van werknemers op de krappe Nederlandse arbeidsmarkt niet komen. Door de inzet van innovaties (technologisch en sociaal) en door administratieve lasten weg te nemen, komt er tijd vrij om zorgtaken op te pakken waardoor minder extra mensen nodig zijn. Vooral door zorgprocessen anders in te richten (verschuiving binnen de lijn; meer zorg thuis) is er naar verwachting minder extra personeel nodig. Dit vraagt echter om aandacht voor andere/nieuwe vaardigheden van zorgprofessionals die via bevordering van transmurale opleidingsinitiatieven geconcretiseerd moeten worden.</p>	
<p>c. Voor patiëntgerichte zorg wordt brede regionale samenwerking steeds belangrijker. Dit heeft onder andere betrekking op het verkrijgen en behouden van voldoende deskundig personeel, bijvoorbeeld voor voldoende stages inclusief stagebegeleiding, en op een betere aansluiting tussen onderwijs en de arbeidsmarkt. Voor een actueel inzicht in het benodigde aantal en de kosten van stageplaatsen spreken partijen af het DIJK12-onderzoek (april 2009) over de opleidingskosten in de beroepspraktijk te actualiseren.</p>	
<p>d. De ziekenhuizen, ondersteund door de NVZ en de NFU, leiden jaarlijks meer gespecialiseerd verpleegkundigen op. De ambitie is dat in 2021 het volledige advies van het Capaciteitsorgaan gerealiseerd wordt. Ziekenhuizen besteden hierbij ook gericht aandacht aan opleidingen voor de acute zorg (Intensive Care, Eerste Hart Hulp, SEH, ook met het oog op uitwisseling met ambulanceverpleegkundigen).</p>	
<p>e. Verpleegkundige (vervolg)opleidingen gaan beter aansluiten bij de werkpraktijk en de ontwikkeling van de nieuwe taken, rollen en functies. De bekostiging hiervan wordt door VWS/NZA aangepast.</p>	

<p>f. Beroepsgroepen borgen structureel de (door-)ontwikkeling van de medisch-specialistische vervolgoopleidingen op landelijk niveau (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering), onder andere gericht op multidisciplinair samenwerken door medisch specialisten onderling, met (gespecialiseerd) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) en professionals in de eerstelijns. Dit wordt structureel bekostigd.</p>	<p><i>Punt vanuit FMS: hiermee wordt dus structurele bekostiging gegarandeerd voor de doorontwikkeling van de medisch specialistische vervolgoopleiding (die daarmee niet meer afhankelijk wordt van projectfinancieringen).</i></p>
<p>g. Beroepsgroepen spannen zich in om zorg op de juiste plek, preventie (w.o. voeding en leefstijl), Samen Beslissen en de inzet van innovatie/e-health te verankeren in de medisch-specialistische en verpleegkundige (vervolg)opleidingen en in het reguliere werkproces.</p>	
<p>h. In het verlengde van het manifest 'Kwaliteit van zorg, nu en in de toekomst' (januari 2018) wordt een onderzoeksprogramma opgestart gericht op ondersteuning en professionalisering van verpleegkundigen en verzorgenden. Focus ligt op versterking van het imago van de beroepsgroep, vergroting van de aantrekkelijkheid en kwaliteit van het beroep en het behouden van voldoende zorgverleners in de praktijk. Hiertoe wordt door VWS € 12 miljoen beschikbaar gesteld voor de periode 2019 tot en met 2024 (€ 2 miljoen per jaar).</p>	
<p>i. Tevens wordt een wetenschappelijk onderzoek met behulp van action-learning uitgevoerd naar de effecten en implementatie van functiedifferentiatie bij verpleegkundigen. Hiervoor worden vanaf 2019 middelen vrijgemaakt.</p>	
<p>j. Houdbaarheid van de zorg vraagt om een optimale inzet van medewerkers. Opleiders en zorginstellingen ondersteunen en bevorderen taakherschikking. VWS stelt jaarlijks 700 bekostigde opleidingsplekken voor PA's en VS'en beschikbaar (1e en 2e lijn). Partijen spreken af de komende jaren minimaal 600 leerwerkplekken voor studenten PA en VS in de tweedelijnszorg te realiseren. VWS heeft het Capaciteitsorgaan gevraagd een raming op te stellen voor de benodigde capaciteit van PA's en VS'en. Zodra deze raming beschikbaar is zal deze besproken worden met partijen.</p>	
<p>k. 2.3 Regeldruk a. Regels en registraties moeten passend zijn, zodat ruimte wordt gecreëerd om te focussen op het meten van uitkomsten, vertiis aan werkplezier wordt voorkomen en zorgprofessionals en ondersteuners gemotiveerd binnen de medisch specialistische zorg blijven werken. Alle betrokken partijen hebben de ambitie om de regeldruk en registratielast in de medisch specialistische zorg, zowel voor professionals als instellingen, aantoonbaar te verminderen. Reductie van registratielast is bovendien hard nodig om de toenemende zorgkosten en krapte op de arbeidsmarkt te beteugelen.</p>	<p><i>We hebben gepoogd om voor de medisch specialisten 'aantoonbaar' te vervangen door 'met minimaal de helft'. Dit is dus niet gelukt.</i></p>
<p>b. Partijen zetten in op de volgende elementen: i) We richten ons op uitkomstregistraties. Er worden geen nieuwe proces- en structuurindicatoren ontwikkeld, tenzij deze voor de patiënt en/of zorgprofessional essentiële informatie bevatten. In overleg tussen patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en aanbieders zal een forse reductie van het aantal structuur- en procesindicatoren, die geen toegevoegde waarde hebben voor de patiënt en/of zorgprofessional, worden doorgevoerd. Waarbij de ambitie is deze te reduceren met 25% in 2019. De concretisering en uitvoering wordt geagendeerd voor het</p>	<p><i>In eerste instantie stond hier 'er worden geen nieuwe proces- en structuurindicatoren ontwikkeld tenzij zij voor de patiënt essentiële informatie bevatten'. Om ruimte te houden voor onze eigen kwaliteitsregistraties is het gelukt om de zorgprofessional hier ook te benoemen. Uiteindelijk is het dus wel de bedoeling om het aantal te registreren items te beperken)</i></p>

<p>Bestuurlijk Overleg Transparantie, gereed eind 2018. Daar wordt ook een plan van aanpak opgesteld voor de verdere reductie van het aantal structuur- en procesindicatoren in latere jaren.</p>	
<p>ii) We schrappen dubbele registraties. Indien er sprake is van een ziekenhuisbrede accreditatie die mede gebaseerd is op professionele normen, zijn losse afdelings- en specialisme-specifieke overlappende accreditaties niet meer gewenst. Kwaliteits- en opleidingsvisities blijven bestaan.</p>	<p><i>Is punt van ziekenhuizen. Hiermee refererde men o.a. aan accreditaties zoals gewenst door wv-en. We hebben uiteindelijk voor elkaar kunnen krijgen dat schrappen van wv-specifieke accreditaties alleen kan als de professionele norm ook is opgenomen in de ziekenhuisbrede accreditatie. Punt van FMS, namelijk dat kwaliteits- en opleidingsvisities van de wv-en blijven bestaan, is overgenomen.</i></p>
<p>iii) Partijen spreken af om het principe van registratie aan de bron leidend te laten zijn. Ambitie is om in 2020 de deelname aan keurmerken en kwaliteitsregistraties volledig te baseren op reguliere zorggegevens in bronssystemen.</p>	<p><i>De ziekenhuizen wilden hier dat keurmerken (bijvoorbeeld van patiëntverenigingen) en kwaliteitsregistraties vanaf 2020 alleen gevuld kunnen worden vanuit de bron. We hebben hier het woord 'ambitie' aan toegevoerd kunnen krijgen zodat er ruimte is ontstaan. Uiteraard is het ook onze wens om te streven naar 'eenmalige registratie voor meervoudig gebruik'.</i></p>
<p>iv) Partijen spreken af dat de governance voor de uitwerking van medisch inhoudelijke richtlijnen wordt aangepast. De aanpassing houdt in dat instellingen voor MSZ, naast de reeds betrokken wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties, een toetsende rol krijgen op de uitvoeringsconsequenties van de aanbevelingen in de richtlijnen en kwaliteitskaders als die significante organisatorische en/of financiële gevolgen hebben, zonder dat dit tot vertraging leidt. De nieuwe werkwijze wordt door partijen voor 1 maart 2019 vastgesteld. De verankering van de bestuurlijke afspraken hieromtrent zal plaatsvinden in het document "Medisch Specialistische Richtlijnen 3.0" en de Aqua leidraad.</p>	<p><i>Hier is lang over gesproken. De instellingen wilden meer invloed op de richtlijnen omdat zij menen frequent gesteld te worden voor hoge kosten bij het moeten doorvoeren van punten uit die richtlijnen, met name als het gaat om formatie of om infrastructuur. Ons standpunt is dat een medisch specialistische richtlijn de wetenschappelijke stand van zaken van dat moment aangeeft, en dus niet onderhevig kan zijn aan een toets door instellingen, patiënten of wie dan ook anders dan de medisch specialisten. Dat er vervolgens een discussie ontstaat of we in NL alle punten uit richtlijnen willen/kunnen overnemen is een logisch gevolg, maar niet anders dan een gevolg (zodat duidelijk blijft waarom er wordt afgeweken van een standpunt zoals ingenomen door de medisch specialisten in hun richtlijn). Hoe dan ook, we kunnen opnieuw aan de slag met dit onderwerp bij het opstellen van een nieuw document.</i></p>
<p>v) Het landschap van kwaliteitsregistraties is complex. Partijen stellen, in samenwerking met Zorginstituut Nederland, vóór 1 juli 2018 een onafhankelijke commissie in die verkent hoe te komen tot een efficiënt werkende governance ten behoeve van kwaliteitsregistraties en de daaruit voortvloeiende dataverzameling. Hierbij betreft de commissie de kennis en ervaring van bijvoorbeeld andere OESO-landen. De commissie brengt uiterlijk 1 november 2018 advies uit aan VWS. In overleg met partijen bepaalt VWS wat de vervolgacties moeten zijn</p>	<p><i>Met dit punt wordt een zorg van de instellingen geadresseerd: zij zeggen zich geconfronteerd te zien met vele aanbieders van kwaliteitsregistraties die informatie uit de ziekenhuizen vragen (waar de ziekenhuizen dan mankracht op moeten zetten), waarna de ziekenhuizen moeten betalen voor het terugkrijgen van informatie. De ziekenhuizen zouden graag zien dat er slechts een handvol 'bewerkers' van data zijn, misschien zelf maar één. Overigens is dit punt niet in tegenspraak met onze eigen visie op kwaliteitsregistraties zoals vorige jaren in de AV besproken.</i></p>
<p>vi) Partijen spreken af dat datasets binnen de kwaliteitsregistraties worden gestandaardiseerd met behulp van ZIB's en de BgZ. Er wordt door partijen in 2019 een plan opgesteld ten aanzien van het reduceren van het aantal te registreren</p>	<p><i>Ook hier: instellingen wilden de vulling van kwaliteitsregistraties alleen nog maar automatisch en vanuit gestandaardiseerde gegevens met ingang van</i></p>

<p>items. Daarnaast geldt voor nieuwe kwaliteitsregistraties dat deze in principe automatisch worden gevuld vanuit gestandaardiseerde gegevens, met de ambitie dat dit uiterlijk in 2020 ook geldt voor de bestaande kwaliteitsregistraties. Daar waar geautomatiseerde vulling van kwaliteitsregistraties via gestandaardiseerde gegevens niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Bestuurlijk Overleg Transparantie en kunnen partijen gezamenlijk besluiten op onderdelen niet-geautomatiseerde uitvragen toe te staan.</p>	<p>2019. Dat dit wenselijk is staat buiten kijf, maar haalbaar lijkt het evenmin. Het is ons gelukt om de laatste zin toe te voegen.</p>
<p>c. In overleg met partijen wordt in mei 2018 een sectoraal actieplan MSZ, als onderdeel van het zorgbrede plan aanpak regeldruk, vastgesteld, met als doel het merkbaar verminderen van de ervaren regeldruk voor de professionals. Hierbij worden de door professionals aangedragen suggesties t.a.v te schrappen administratieve lasten betrokken. Ook zal er in dit actieplan aandacht zijn voor de vermindering van administratieve last t.g.v. van epd en ICT- problematiek.</p>	<p>Dit raakt dus aan de door onszelf ook al opgestelde agenda, en door het opnemen ervan in het zorgakkoord wordt dit een verantwoordelijkheid voor alle partijen. Specifiek hebben wij het EPD weten te benoemen als punt van aandacht.</p>
<p>3. Financiële randvoorwaarden</p> <p>3.1 Beschikbaar macrokader</p> <p>a. In de discussie over de financiële kaders voor de medisch-specialistische zorg spelen verschillende elementen een rol die met elkaar samenhangen:</p> <p>i) De volumegroei in relatie tot de wens om zorg op andere plekken te bieden dan in het medisch-specialistisch domein. Dat leidt tot een lagere volumegroei voor de medisch-specialistische zorg en hogere volumegroei voor (georganiseerde) huisartsenzorg, wijkverpleging en ELV.</p> <p>ii) Goed werkgeverschap en arbeidsmarktvraagstukken vragen om een adequate/marktconforme CAO-loonontwikkeling voor personeel in de medisch-specialistische zorg. Alle partijen zijn van mening dat de CAO-loonontwikkeling door zorgaanbieders moet kunnen worden betaald.</p> <p>iii) Zorgverzekeraars hebben vanuit hun rol in het zorgstelsel ruimte nodig om te kunnen sturen op zowel het volume als op de prijs van de medisch-specialistische zorg. Landelijke afspraken over de maximaal beschikbare financiële ruimte laten onverlet keuzes die in contractafspraken kunnen worden gemaakt tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van de reële zorgvraag en de reële prijzen in de lokale/regionale situatie. Dit betekent dat – via de contractering – de volumegroei in sommige gevallen hoger kan zijn dan het genoemde landelijke groeipercentage en in andere gevallen op een lager groeipercentage (of zelfs krimp) kan worden uitgekomen.</p>	<p>Over punt a iij) is vooral tussen instellingen en verzekeraars lang gesproken. Het komt er op neer dat een instelling zich niet kan beroepen op een landelijk groeipercentage als zijnde het percentage wat ook voor de individuele instelling geldt.</p> <p>Dit raakt ook punt b ij); hierin staat (ingewikkeld geformuleerd) dat de OVA-ruimte eerst wordt opgeteld bij het kader voor een instelling, waarna de onderhandeling begint waarin de andere elementen betrokken worden. De zorgverzekeraar kan dus niet langer de loonstijging an sich ter discussie stellen.</p>
<p>b. Om de balans tussen deze drie aspecten te garanderen spreken partijen het volgende af:</p>	<p>Ook voor ons van belang, en mede door ons ingebracht: in het oorspronkelijke plaatje werd uitgegaan van een beloop van 0,8%, 0,4%, 0,0%</p>

<p>i) Voor de medisch-specialistische zorg is macro een maximale volumegroei beschikbaar van 0,8% in 2019, 0,6% in 2020, 0,3% in 2021 en 0,0% in 2022, exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstelling. Dit betreffen landelijke maximum groeipercentages en laat onverlet keuzes die worden gemaakt in de onderhandelingen tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarbij sprake kan zijn van differentiatie.</p> <p>Voor instellingen die meegaan in de in het eerder genoemde rapport van de Taskforce geschetste transformatie dan wel naar krimp bewegen, is voor de periode 2019 tot en met 2022 in totaal € 425 miljoen⁴ aan transformatiegelden beschikbaar. Deze transformatiegelden zijn een tijdelijk onderdeel van het macrokader medisch-specialistische zorg. Zie artikel 2.1.h.</p> <p>ii) Onderwerpen van lokale onderhandelingen zijn: loon- en prijs ontwikkelingen, productiviteits- en doelmatigheidswinst (mede gebaseerd op landelijk geobjectiveerde gegevens), effecten van zinnige zorg, volumeontwikkeling, historische prijsverschillen en specifieke lokale omstandigheden. In de lokale onderhandelingen wordt de kostenstijging uit hoofde van de CAO loonstijging volledig doorvertaald in de af te spreken prijzen/plafondafspraken/aaneemsommen. In concreto gaat het hierbij om de overheidsubsidie aan de arbeidsvoorwaarden ontwikkeling (OVA).</p> <p>iii) Het totaal beschikbare macrokader medisch-specialistische zorg voor de jaren 2019 t/m 2022 wordt hiermee: € 22.833 miljoen, € 22.984 miljoen, € 23.095 miljoen en € 23.088 miljoen, exclusief indexatie voor loon- en prijsontwikkeling en eventuele technische mutaties⁵.</p>	<p>en -0,4%. Principieel wilden wij niet eindigen met een minus in het laatste jaar (om niet voor volgende akkoorden een beginpunt te markeren wat een minus zou kunnen zijn).</p> <p>Het is dus zo dat er een politieke keuze ligt om de medisch specialistische zorg niet te laten groeien, dit om andere uitgaven (andere departementen, en in de care ---de 2 miljard!) te kunnen realiseren. Het niet meedoen aan de onderhandelingen of niet ondertekenen zal hier niets aan veranderen.</p> <p>In b iii) staat dus dat de indexatie voor loon- en prijsontwikkeling hier nog bovenop komt. Dat betekent dus in algemene termen voor Nederland dat de uitgaven aan medisch specialistische zorg nog altijd groeien; dat zit hem dus vooral in het loon- en prijsgedeelte maar heeft wel degelijk consequenties voor de overall begroting van het kabinet.</p>
<p>3.2 Overige financiële afspraken <i>Algemeen</i></p> <p>a. De gelden die op dit moment beschikbaar zijn gesteld voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch-Specialistische zorg (€ 12,5 miljoen per jaar) en voor de Patiëntenfederatie Nederland voor patiëntenparticipatie (€ 3 miljoen per jaar) blijven ook gedurende de looptijd van het onderhavige akkoord beschikbaar. VWS treft in overleg met veldpartijen voorbereidingen om deze gelden vanaf 2019 via ZonMW te financieren. Eventuele financiële consequenties zullen in de uitvoering worden bezien.</p>	<p>Hiermee zijn de SKMS gelden dus gegarandeerd. Er is discussie over de manier waarop die gelden tot ons komen, vandaar de passage over ZonMW. Wij hebben ingebracht dat als dit anders gaat lopen dan nu het geval is, en dit kosten met zich meebrengt, dat het dan niet kan zijn dat dit ten laste komt van de hoogte van de SKMS gelden. Omdat dit alles nog onderwerp van overleg is op andere tafels is hier opgenomen dat eventuele financiële consequenties nog 'worden bezien'.</p>
<p>b. Het programma Topzorg en het Citrienfonds zullen gedurende de looptijd van dit akkoord worden voortgezet. Hiervoor is in totaal € 13 miljoen per jaar beschikbaar.</p>	
<p>c. De beschikbaarheidsbijdrage academische zorg zal worden ingezet voor alleen de huidige ontvangers en voor het Prinses Maxima Centrum voor kinderoncologie. Het door betrokken</p>	

⁴ Dit is als volgt verdeeld over de jaren: € 70 miljoen in 2019, € 85 miljoen in 2020, € 135 miljoen in 2021 en € 135 miljoen in 2022.

⁵ De effectieve groei van het beschikbare macrokader is 1,3% in 2019, 0,7% in 2020, 0,5% in 2021 en 0,0% in 2022.

<p>partijen (VWS, NFU, NZa) vastgestelde plan van aanpak Robijn over transparantere en objectievere wijze van verantwoordten van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg wordt uitgevoerd.</p>	
<p>d. De middelen voor een Kwaliteitsimpuls Ziekenhuizen (KIPZ) worden voor de periode 2019-2022 gecontinueerd. Indien dit niet mogelijk of wenselijk is in de vorm van een subsidieregeling, vloeien deze middelen terug in het macrokader MSZ en gaan partijen gezamenlijk in overleg om tot afspraken te komen over de wijze waarop deze middelen, in lijn met de oorspronkelijke doelstellingen en verdeling, terecht komen bij de (academische) ziekenhuizen, zelfstandige klinieken, categorale instellingen en revalidatieklinieken.</p>	
<p><i>Maatregelen genees- en hulpmiddelen Regeerakkoord</i> e. De maatregelen die door VWS worden genomen om de in het regeerakkoord van het kabinet Rutte III opgenomen taakstelling genees- en hulpmiddelen ad € 467 miljoen in te vullen hebben deels een opbrengst intramuraal in het kader MSZ. Partijen zetten daarnaast in op een scherpere inkoop, onder andere door voortzetting van het integraal pakket aan maatregelen dure geneesmiddelen, het afspreken van prijsarrangementen, het publiceren van een horizonscan en het stimuleren van marktwerking door de komst van biosimilars. De opbrengsten die met deze maatregelen worden gerealiseerd, worden niet separaat van het MSZ kader afgeboekt. Deze ruimte blijft beschikbaar voor de MSZ en kan gebruikt worden om de afgesproken volumegroei te realiseren en eventuele knelpunten op te vangen.</p>	<p><i>Gaat dus over dure geneesmiddelen; wij hebben hier 'andere hulpmiddelen' (denk aan dure apparaten) aan kunnen toevoegen. Zie echter met name punt h. Eerder al werd verwezen naar het Visiedocument Dure Geneesmiddelen van de FMS.</i></p>
<p>f. Het beschikbare kader medisch-specialistische zorg zoals opgenomen in de paragraaf 'beschikbaar macrokader' is exclusief de overhevelingen van extramuraal geneesmiddelen groepen naar het kader MSZ. VWS zal, in goed overleg met veldpartijen, in 2018 een plan opstellen, waarin staat welke geneesmiddelen groepen het betreft en in welk tempo deze worden overgeheveld. Gestreefd wordt naar een eerste, zorgvuldig uitgevoerde overheveling per 1 januari 2019. Met het overhevelen van geneesmiddelen groepen wordt zowel het vergroten van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg nagestreefd, als het bereiken van een realistische besparing in de vorm van een macrobudgettaire korting. Bij het bepalen van de budgettaire verschuiving wordt ook rekening gehouden met de kosten van zorgverlening voor zover deze voor de overheveling niet reeds uit het zorgproduct werd bekostigd, en de verwachte groei van de geneesmiddelen groep. Bij besluit tot overhevelen van een geneesmiddelen groep wordt rekening gehouden met de mogelijke extra belasting hiervan voor de patiënt. Aanvullend maken verzekeraars en ziekenhuizen adequate afspraken over de bekostiging van de overgeheveld geneesmiddelen en de bijbehorende zorg- en hulpmiddelen.</p>	

<p>g. Partijen bespreken vóór de zomer van 2018 op welke onderdelen het Integraal pakket aan maatregelen uitgebreid of geïntensiveerd wordt. Dat betreft in ieder geval de volgende punten:</p> <p>i) Instroom dure geneesmiddelen: de instroom van dure geneesmiddelen wordt meer gesloten, zodat vóór pakkettoelating afspraken kunnen worden gemaakt over gepast gebruik en prijs, met als doel om een duurzame en betaalbare toegang voor patiënten te borgen. Hiertoe treedt in 2018 de AMVB met aangescherpte sluiscriteria in werking. Daarnaast verkennen partijen gezamenlijk verder de mogelijkheden voor een meer beheerste instroom, zoals het inzetten van het sluisinstrument voor het ondersteunen van scherpere inkoop op centraal niveau. Samenhangend hiermee wordt de inzet van de beoordelingscapaciteit van Zorginstituut Nederland voor intramurale geneesmiddelen heroverwogen.</p> <p>ii) Doelmatig en gepast gebruik: partijen stellen vóór de zomer van 2018 een actieplan voor gepast gebruik vast. Speerpunten zijn a) inventariseren van bewezen effectieve interventies, b) stimuleren van brede implementatie van deze interventies, en c) in kaart brengen van witte vlekken. Partijen gaan in gesprek over de uitvoering en financiering van het actieplan, d) Zorginstituut Nederland zal op verzoek van partijen herbeoordeling van reeds vergoede dure geneesmiddelen in het kader van geneesmiddelen-pakketbeheer uitvoeren.</p>	
<p>h. Ook zetten partijen zich in voor het verscherpen van de inkoop van (dure) medische technologie en brengen daartoe de mogelijkheden (tot samenwerking) in kaart. De beschikbaarheid en kosten van dure geneesmiddelen vormen een maatschappelijk vraagstuk. Het maatschappelijke belang vergroot de noodzaak tot doelmatig en gepast gebruik en tot transparantie over de inkooprijzen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders stellen zich ten doel om in 2020 dure geneesmiddelen in nacalculatie te vergoeden op basis van lokaal gerealiseerde inkooprijzen. Hiertoe maken beide partijen afspraken over indicaties en doelmatig gebruik. De zorgaanbieders maken naleving van deze afspraken inzichtelijk.</p>	<p><i>Belangrijk is hier het punt over nacalculatie. De FMS heeft naar voren gebracht niet verantwoordelijk te kunnen zijn voor een akkoord waarin een zeer beperkte groei is overeengekomen terwijl dan de dure geneesmiddelen hierin moeten worden geaccommodeerd terwijl wij als beroepsgroep geen invloed hebben op de prijs (wel op doelmatig gebruik). We hebben er steeds voor gepleit om de dure geneesmiddelen apart te kaderen, maar zelfs de instellingen gingen met die suggestie niet mee. Uiteindelijk komen we uit op een vorm van nacalculatie en dus vergoeding van de dure geneesmiddelen; dit beperkt het risico voor ons zeer aanzienlijk. Wel worden we gehouden aan de uitwerking van ons eigen visiedocument mbt indicatiestelling/doelmatig gebruik etc.</i></p>
<p><i>Toekomstbestendige digitalisering</i></p> <p>i. Om de randvoorwaarden te realiseren zoals genoemd bij de onderdelen <i>innovatieve zorgvormen/e-health en ICT-zorginfrastructuur</i> in dit akkoord zal, in vervolg op het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP), een nieuw programma worden ingericht voor alle instellingen die medisch-specialistische zorg leveren (Universitair Medische Centra, algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra, zelfstandige behandelcentra en overige instellingen voor medisch-specialistische zorg), uitgezonderd GGZ-instellingen. Dit programma richt zich specifiek op het realiseren van aansluiting bij</p>	

<p>het afsprakenstelsel van MedMij zodat de patiënt op een veilige manier over zijn medische gegevens kan beschikken in een PGO.</p>	
<p>j. Dit programma sluit aan op de procesafspraken die gemaakt worden over welke data met wie gedeeld mag worden.</p>	
<p>k. Voor dit programma is 3x € 25 miljoen beschikbaar (2020, 2021 en 2022) als tijdelijke impuls voor nieuwe ontwikkelingen, passend binnen de regels voor (geoorloofde) staatssteun.</p>	
<p>3.3 Omgang met overschrijdingen</p> <p>a. Voor de jaren 2016 en 2017 is op basis van huidige inzichten in de medisch-specialistische zorg een overschrijding zichtbaar ten opzichte van de afgesproken kaders voor het macrobeheersinstrument (MBI) voor de betreffende jaren. Ten aanzien van deze overschrijdingen zal het MBI niet worden ingezet.</p> <p>b. Indien onverhoopt het afgesproken macrokader wordt overschreden, treden partijen hierover in overleg, waarbij gekeken zal worden naar de aard en oorzaak van de overschrijding. Partijen kunnen dan in overleg treden over kader- of tariefkortingen. WVS kan maatregelen nemen om de overschrijding te redresseren via het MBI.</p>	<p><i>De voorlopige cijfers laten zien dat er in 2016 en 2017 een overschrijding van het kader was, waar dat in 2014-2015 een onderschrijding was. Wij (en anderen) hebben steeds betoogd dat dit tegen elkaar wegstreept zou moeten worden. Dat is nu gebeurd zodat er in de komende jaren geen naheffingen zullen volgen voor 2016 en 2017. We beginnen dus met een schone lei.</i></p> <p><i>Voor de volgende jaren blijft overigens het inzetten van het MBI mogelijk. Belangrijk zal zijn wat de reden is van de overschrijding. Ook is belangrijk of andere sectoren onderschrijden omdat de transformatie niet in het gewenste tempo is gerealiseerd. WVS gaf aan dat dan pragmatisch gehandeld kan worden (door bijvoorbeeld de onderschrijding van de andere sector te verrekenen met de overschrijding in de medisch specialistische zorg). Dit kon echter niet opgenomen worden in het akkoord.</i></p>
<p>4. Slotbepaling</p> <p>a. Wanneer deze afspraken of afspraken in andere sectoren onvoldoende van de grond komen en implicaties hebben voor de uitvoering van dit akkoord, dan treden partijen gezamenlijk in overleg in het bestuurlijk overleg MSZ.</p>	<p><i>Op verzoek van FMS opgenomen; raakt aan eerdere opmerkingen: wat als wij onze afspraken niet na kunnen komen omdat bijvoorbeeld zorg niet op een andere plaats kan worden geëxporteerd? Wellicht wat vaag geformuleerd, maar in elk geval is er een opening om dan tot overleg te komen en niet zonder meer 'opgehangen' te worden aan het akkoord zoals het er nu ligt.</i></p>