

Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022

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:

- a. 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;
- b. In het Regeerakkoord in dat licht ook het voornemen tot het sluiten van Hoofdlijnenakkoorden is opgenomen;
- c. 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;
- d. 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;
- e. 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;
- f. 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 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;
- 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 treden met verzekeraars als zich problemen voordoen of dreigen voor te doen;
- 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.

Spreken partijen het volgende af:

2. Inhoudelijke randvoorwaarden

2.1 De juiste zorg op de juiste plek

Algemeen

- a. Partijen committeren zich aan de gewenste transformatie naar *de juiste zorg op de juiste plek*. 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.
 - iii) het vervangen van zorg door andere zorg, zoals e-health, met een gelijkwaardige of betere medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg.
- b. Bestuurlijk commitment op nationaal niveau is nodig om dit proces te sturen 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.
 - c. Tussen het bestuurlijke commitment op nationaal niveau en het in de praktijk waarmaken van *de juiste zorg op de juiste plek*, 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.
 - 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.
 - e. Om de benodigde focus te richten op de transformatie naar *de juiste zorg op de juiste plek* 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.
 - 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 bekostigingsystematiek. 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.
 - 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 gezamenlijk nastreven van kwaliteit en doelmatigheid.
 - h. Voor instellingen die meegaan in de gewenste transformatie naar *de juiste zorg op de juiste plek* 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:

- 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.

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:

- 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.

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.

- 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 aandoeningen door partijen worden voortgezet. Inzicht hierin kan de verbetercyclus op gang brengen en snel bijdragen aan doelmatige zorg en aan verbetering van zorguitkomsten.
- 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.
- 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 VWS 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:
 - 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 *in* 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 onder lid l. genoemde doelstellingen 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

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

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 kwaliteit van de uitkomstinformatie zelf.

- 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- 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.

Samen beslissen

- 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:
 - 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 keuzehulpen 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 logistieke, ICT- als financiële maatregelen.

Innovatieve zorgvormen/e-Health

- q. Randvoorwaardelijk om stappen te kunnen zetten richting *de juiste zorg op de juiste plek* 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 administratielast 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:
 - i) Waar digitale ondersteuning consistent en aantoonbaar veilig en doelmatig is en bijdraagt aan de waarde voor patiënten zal dit onderdeel worden van kwaliteitsstandaarden;
 - 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;
 - 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;
 - 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;
 - v) Zorgaanbiedende en zorgvragende partijen stimuleren innovaties die voldoen aan de wensen van gebruikers en doelmatig zijn en creëren hiertoe ruimte;

- 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;
- vii) Partijen inventariseren met de NZa eventuele nog bestaande belemmeringen in de bekostiging van innovatieve toepassingen binnen de MSZ en zullen deze wegnemen.

ICT-zorginfrastructuur

- 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.
- 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:
 - 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;
 - ii) Onderzoeken de mogelijkheid van een kwaliteitsstandaard voor elektronische gegevensuitwisseling. Wanneer de kwaliteitsstandaard er is, is daarop het wettelijke instrumentarium van toepassing;
 - iii) Standaardiseren de kwaliteitsregistraties met behulp van ZIB's en streven automatische vulling van kwaliteitsregistraties na vanuit het elektronisch patiëntendossier (epd) volgens het principe 'eenmalige registratie voor meervoudig gebruik';
 - 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.
- t. Concreet betekent dit³:
 - i) Voor ziekenhuizen en klinieken onderling:
 - (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.
 - ii) Voor ziekenhuizen met de eerste lijn:
 - (a) Doel is dat in 2019 alle tweedelijns instellingen alle relevante farmaciedata digitaal uitwisselen met de eerste lijn. Daarbij wordt de Informatiestandaard Medicatieproces 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;
 - (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.
 - iii) Voor ziekenhuizen en klinieken met de patiënt:
 - (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.
- 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.

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.

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

Kennisvergroting en onderzoek

- 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 geïntensiveerde 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 implementatie van die richtlijnen/kwaliteitsstandaarden in de praktijk plaatsvindt. Dit continue proces vraagt om goede regie, begeleiding en structurele financiering.
- 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.
- x. Om op de korte termijn al opbrengsten volgens deze aanpak te realiseren wordt een aantal concrete versnellingen 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.
- 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.

2.2 Arbeidsmarkt en werkomstandigheden

- 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 zonodig afspraken die specifieke knelpunten voor de arbeidsmarkt van de MSZ oplossen.

- 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.
- 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.
- 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).
- 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.
- f. Beroepsgroepen borgen structureel de (door-)ontwikkeling van de medisch-specialistische vervolgopleidingen 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.
- 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.
- 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).
- 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.
- 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 (1^e en 2^e 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.

2.3 Regeldruk

- a. Regels en registraties moeten passend zijn, zodat ruimte wordt gecreëerd om te focussen op het meten van uitkomsten, verlies 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.
- 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 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.
- 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 opleidingsvisitaties blijven bestaan.
- 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 bronsystemen.
- 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.
- 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.
- 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 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.
- 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.

3. Financiële randvoorwaarden

3.1 Beschikbaar macrokader

- a. In de discussie over de financiële kaders voor de medisch-specialistische zorg spelen verschillende elementen een rol die met elkaar samenhangen:
 - 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.
- 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.
 - 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.
- b. Om de balans tussen deze drie aspecten te garanderen spreken partijen het volgende af:
- 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.
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.
 - 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/aanneemsommen. In concreto gaat het hierbij om de overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaarden ontwikkeling (OVA).
 - 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.

3.2 Overige financiële afspraken

Algemeen

- 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 gezien.
- 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.
- c. De beschikbaarheidsbijdrage academische zorg zal worden ingezet voor alleen de huidige ontvangers en voor het Prinses Maxima Centrum voor kinderoncologie. Het door betrokken partijen (VWS, NFU, NZa) vastgestelde plan van aanpak Robijn over transparantere en

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.

objectievere wijze van verantwoorden van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg wordt uitgevoerd.

- 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.

Maatregelen genees- en hulpmiddelen Regeerakkoord

- 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.
- f. Het beschikbare kader medisch-specialistische zorg zoals opgenomen in de paragraaf 'beschikbaar macrokader' is exclusief de overhevelingen van extramurale geneesmiddelengroepen naar het kader MSZ. VWS zal, in goed overleg met veldpartijen, in 2018 een plan opstellen, waarin staat welke geneesmiddelengroepen 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 geneesmiddelengroepen 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 geneesmiddelengroep. Bij besluit tot overhevelen van een geneesmiddelengroep wordt rekening gehouden met de mogelijke extra belasting hiervan voor de patiënt. Aanvullend maken verzekeraars en ziekenhuizen adequate afspraken over de bekostiging van de overgehevelde geneesmiddelen en de bijbehorende zorg- en hulpmiddelen.
- 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:
 - 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 decentraal niveau. Samenhangend hiermee wordt de inzet van de beoordelingscapaciteit van Zorginstituut Nederland voor intramurale geneesmiddelen heroverwogen.
 - 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.
- 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 gemeenschappelijke 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

inkoopprijzen. Hiertoe maken beide partijen afspraken over indicaties en doelmatig gebruik. De zorgaanbieders maken naleving van deze afspraken inzichtelijk.

Toekomstbestendige digitalisering

- i. Om de randvoorwaarden te realiseren zoals genoemd bij de onderdelen *innovatieve zorgvormen/e-health en ICT-zorginfrastructuur* 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 het afsprakenstelsel van MedMij zodat de patiënt op een veilige manier over zijn medische gegevens kan beschikken in een PGO.
- j. Dit programma sluit aan op de procesafspraken die gemaakt worden over welke data met wie gedeeld mag worden.
- 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.

3.3 Omgang met overschrijdingen

- 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.
- 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. VWS kan maatregelen nemen om de overschrijding te redresseren via het MBI.

4. Slotbepaling

- 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.

Ondertekening

Nederlandse Vereniging van
Ziekenhuizen

Nederlandse Federatie van
Universitair Medische Centra

Mw. mr. Y.C.M.T. van Rooy

Drs. W.J. Bos

Patiëntenfederatie Nederland

Zelfstandige Klinieken Nederland

Mw. drs. D.A. Veldman

Dr. W.A. ter Harmsel

Federatie Medisch Specialisten

Zorgverzekeraars Nederland

Dr. M.C.G. Daniëls

Mr. A. Rouvoet

Verpleegkundigen en
Verzorgenden Nederland

Minister voor Medische
Zorg en Sport

J.H. Bakker MHA

Mr. drs. B.J. Bruins