

Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017

16 juli 2013

Partijen:

- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Orde van Medisch Specialisten (OMS)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

1. Algemene overwegingen

Overwegende dat:

- a. in de afgelopen jaren hoofdlijnenakkoorden zijn gesloten voor de medisch specialistische zorg (ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en medisch specialisten), huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Deze akkoorden hebben de ambitie bij te dragen aan de beheersbaarheid en inhoudelijke verbetering van het zorgstelsel. Er is veel commitment in het veld om de doelstellingen van de akkoorden te realiseren. Partijen hebben de uitvoering van de akkoorden dan ook met voortvarendheid ter hand genomen. De eerste successen daarvan zijn zichtbaar: kwaliteit speelt een nadrukkelijker rol in de onderhandelingen en zorgaanbieders en verzekeraars onderhandelen stevig met elkaar over prijzen.
- b. het transitieproces dat daarbij doorlopen moet worden niet altijd gemakkelijk is omdat in dat proces zich soms aanzienlijke knelpunten en obstakels voordoen. Dat vraagt van partijen dat zij met elkaar in gesprek blijven, in gezamenlijkheid naar werkbare oplossingen zoeken en het bredere belang van de doelstellingen van de akkoorden voor ogen houden. Deze transitie vraagt een enorme inzet van partijen. Een inzet die partijen bereid zijn gebleken te leveren, omdat iedereen achter de beweging/richting staat, die we met de hoofdlijnenakkoorden hebben ingezet/zijn ingeslagen. Dat geeft vertrouwen voor de toekomst. Partijen willen de hoofdlijnenakkoorden daarom graag in de komende jaren voortzetten.
- c. het Nederlandse zorgsysteem in internationale vergelijkingen goed presteert op met name de punten van patiëntinformatie, toegankelijkheid en kwaliteit.¹
- d. de rollen en verantwoordelijkheid van partijen als volgt zijn te definiëren:

Patiënten hebben een cruciale rol in het zorgstelsel. Om deze rol goed te kunnen spelen is belangrijk dat patiënten goed geïnformeerd zijn over de toegankelijkheid, kwaliteit en de kosten van de zorg. Alleen op die manier kunnen zij hun rol in de zorg spelen: als gesprekspartner voor arts (keuze behandeling), voor de instelling (kwaliteit van zorg en dienstverlening) en voor de zorgverzekeraar (keuzes selectieve inkoop).

Zorgaanbieders (ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en medisch specialisten) zijn verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige en gepaste zorg en zullen hierover transparant zijn richting patiënten, zorgverzekeraars en overheid. Zij zijn hierbij gedreven door een wens de kwaliteit, veiligheid en innovatiekracht van de ziekenhuiszorg steeds op een hoger niveau te brengen.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om hun zorgplicht jegens hun verzekerden na te komen. Zij zullen dat zo doelmatig mogelijk doen, door bij de zorginkoop te letten op doelmatige en gepaste zorg en die zoveel mogelijk te vertalen in een beheerste uitgavenontwikkeling. Verzekeraars zien toe op de naleving van de bij de inkoop gemaakte afspraken. Zorgverzekeraars sturen op een doelmatige inrichting van het zorglandschap waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunten zijn.

¹ Health Consumer Powerhouse (<http://www.healthpowerhouse.com/files/Index-matrix-EHCI-2012-120508-final-A3-sheet-substrate.pdf>).

De overheid is op systeemniveau verantwoordelijk voor betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit en schept vanuit die verantwoordelijkheid randvoorwaarden zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars als private partijen hun rol in het zorgstelsel kunnen spelen en ziet toe op de naleving van de spelregels.² Zij ziet daarom af van ingrijpen bij individuele casuïstiek zolang het handelen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars past binnen het opgezette stelsel. De betrokken zelfstandige bestuursorganen dragen bij door het maken van tijdige en heldere regelgeving en het stellen van duidelijke normen en kaders.

- e. de verslechterende economische situatie en de negatieve impact daarvan op de overheidsfinanciën het noodzakelijk maken dat deze partijen tot nieuwe afspraken komen die als aanvulling gelden op de reeds afgesloten akkoorden. De doelstelling die in deze nieuwe afspraken besloten ligt, is om in de medisch specialistische zorg van 2015 tot en met 2017 tot een structurele, landelijke volumegroei te komen van maximaal 1,0% per jaar en een landelijke volumegroei van maximaal 1,5% in 2014. Dat is exclusief loon- en prijsbijstelling. De structurele volumegroei is in lijn met de demografische ontwikkeling (bevolkingsgroei vermeerderd met het bevolkingssamenstellingseffect (vergrijzing en de verwachte stijging van de gezonde levensjaren)). Om deze doelstelling te realiseren worden met deze nieuwe afspraken de inhoudelijke maatregelen in beide akkoorden op onderdelen geïntensiveerd.
- f. de inhoudelijke agenda die is verwoord in de bestaande akkoorden nog steeds van kracht is en met dit akkoord op onderdelen wordt aangevuld dan wel geïntensiveerd. De ondertekenaars van dit akkoord committeren zich aan het realiseren van deze inhoudelijke agenda.

Spreken partijen het volgende af:

2. Financiële randvoorwaarden

- a. Voor de periode van 2015 tot en met 2017 wordt een landelijk maximum groeipercentage afgesproken van 1,0% per jaar, exclusief jaarlijkse indexatie voor loon- en prijsbijstelling.³ Voor 2014 wordt een landelijk maximum groeipercentage van 1,5% afgesproken, exclusief indexatie voor loon- en prijsbijstelling. Dit betreffen landelijk maximum groeipercentages en laat onverlet keuzes die in contractafspraken worden gemaakt tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarbij sprake zal zijn van differentiatie. Partijen zullen zich tot het uiterste inspannen voor het realiseren van deze doelstelling ten aanzien van een landelijk lagere macrogroei. Dat partijen een inspanningsverplichting aangaan in plaats van een resultaatverplichting vloeit voort uit het feit dat deze afspraken partijen niet kunnen vrijwaren van de wettelijke zorgplicht. Partijen spannen zich tot het uiterste in om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of zullen oplopen. De beperking van de volumegroei wordt onder meer gehaald door het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie, door het beperken van de toegang tot de zorgafspraken op basis van medische noodzaak en kwaliteit van leven, door (de)concentratie van zorg en door gewenste substitutie naar de eerste lijn.
- b. Voor de ziekenhuiszorg resulteert dit in het voor 2014 beschikbaar stellen van een kader van **18.265** miljoen euro.
- c. Voor de vrijgevestigd medisch specialisten resulteert dit in het voor 2014 beschikbaar stellen van een kader van **2.172** miljoen euro.⁴

² Zo is de overheid eindverantwoordelijk voor een aantal cruciale vormen van zorg waarvan de kwaliteit, toegankelijkheid c.q. bereikbaarheid en betaalbaarheid mogelijk niet zonder meer voldoende zijn gewaarborgd. Om de beschikbaarheid van deze specifieke vormen van zorg te waarborgen, is er overheidsbemoediging in de vorm van financiële voorwaarden vooraf. Die overheidsbemoediging laat de zorgplicht van de zorgverzekeraars jegens hun verzekerden onverlet. Zogenaamde beschikbaarheidsbijdragen maken de bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor het kunnen (blijven) leveren van een aantal cruciale vormen van zorg. Het gaat daarbij om zorg waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties in redelijkheid niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar en in rekening te brengen zijn aan individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden, of waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven serieus marktverstrend zou werken.

³ Hieraan kunnen geen rechten worden ontleend. Jaarlijks wordt de loon- en prijsbijstelling in het voorjaar bepaald op basis van CPB-cijfers (CEP).

⁴ Dit bedrag dat ook in de begroting 2014 wordt opgenomen, wijkt af van het bedrag in het beheersmodel (dit is het totaal van de honorariaplafonds) vrijgevestigde medisch specialisten voor 2014 van € 2.214 miljoen. In het beheersmodel is niet opgenomen de SKMS (kwaliteitsgelden) en wel een schuif nacalculatie loon- en prijsbijstelling jaar 2013 en de voorcalculatie loon- en prijsbijstelling 2014.

- d. Vanaf 2015 worden in verband met de invoering van integrale bekostiging de deekaders voor ziekenhuizen en vrijgevestigd specialisten samengevoegd. Voor de jaren 2015 tot en met 2017 stelt VWS het landelijk maximum groeipercentage voor dit samengevoegde kader vast op 1,0% per jaar, exclusief jaarlijkse loon- en prijsbijstelling. De beschikbare kaders voor de jaren 2015, 2016 en 2017 bedragen **20.553**, **20.675** en **20.677** miljoen euro.
- e. Deze aanpassing is mede bedoeld om de kosten van de premieontwikkeling te beheersen. Partijen realiseren zich dat, gegeven de landelijk lagere groei, nog steeds sprake is van toename van de kosten hetgeen zich op de korte of de lange termijn zal vertalen in de zorgpremie.
- f. Partijen zullen de realisatie van de financiële zorguitgaven nauwgezet monitoren, opdat er tijdig duidelijkheid is over de mate waarin binnen de financiële randvoorwaarden is gebleven. Daarbij spannen partijen zich in om de financiële informatiestromen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en VWS beter op elkaar te laten aansluiten.
- g. De afspraken in het lopende bestuurlijk hoofdlijnenakkoord over de omgang met overschrijdingen en het macrobeheersinstrument blijven gedurende de looptijd van dit akkoord onverkort van toepassing.
- h. Naast de in dit document gemaakte afspraken heeft het kabinet nog een opgave in het kader van stringent pakketbeheer voor de gehele zorg, waaronder de medisch specialistische zorg. Partijen, met inachtneming van ieders rol en verantwoordelijkheid, onderschrijven dat een continue, systematische doorlichting van het pakket aan verzekerde prestaties in de Zorgverzekeringswet noodzakelijk is. Bij deze doorlichting zal het CVZ alle pakketcriteria (noodzakelijkheid, (kosten)effectiviteit en uitvoerbaarheid) betrekken en in samenhang bezien. Mochten er in de reacties van veldpartijen en burgers op de oproep van de minister suggesties worden gedaan die zouden kunnen leiden tot een pakketverkleining dan zullen deze bij de opdracht in het kader van stringent pakketbeheer worden betrokken. Dergelijke voorstellen tot pakketaanpassing zullen worden getoetst op hun inhoudelijke en/of financiële en/of organisatorische consequenties. De uitkomsten daarvan worden tegen de achtergrond van dit akkoord meegewogen in de besluitvorming terzake.

3. Inhoudelijke afspraken

3.1 Agenda kwaliteit- en doelmatigheidsopgave

- a. In de lopende akkoorden zijn afspraken gemaakt over inhoudelijke maatregelen gericht op selectieve inkoop, gepast gebruik, tegengaan ongewenste praktijkvariatie, spreiding en specialisatie, substitutie, doelmatig geneesmiddelengebruik en de ontwikkeling en implementatie van veiligheidmanagementsystemen. Ook de continue verbetering van de kwaliteit van de bekostiging (doorontwikkelagenda DOT) maakt hier onderdeel van uit. Partijen vinden het erg belangrijk deze kwaliteits- en doelmatigheidsagenda gedurende de looptijd van dit akkoord voort te zetten en te intensiveren omdat daarmee zorginhoudelijke verbetering mogelijk is binnen een beperktere beschikbare groei. Deze agenda en de uitvoering daarvan is mede van belang omdat het schrappen van aanspraken op basis van het criterium van lage ziektelast ongewenste effecten meebrengt omdat mensen die op deze zorg zijn aangewezen, ongeacht de specifieke medische omstandigheden, hiervan verstoken blijven. Daarnaast bestaat bij pakketbeperking het risico dat alsnog een beroep wordt gedaan op een andere (zwaardere) prestatie die wel onder het basispakket valt. Daarom zetten partijen in op het realiseren van andere, slimme maatregelen waarmee de groei beteugeld kan worden. Dit is ook hard nodig om het hoofd te bieden aan de stijgende zorguitgaven die voor steeds meer patiënten een probleem vormen. Een steeds stijgend aandeel van zorgkosten in het gezinsinkomen trekt immers een zware wissel op de solidariteit.
- b. Om te beginnen moet zeker worden gesteld dat geld dat wordt uitgegeven aan zorg bijdraagt aan de kwaliteit van zorg en aan de kwaliteit van leven. Dit kan door verspilling aan te pakken, de prikkels in het stelsel goed te zetten, meer inzicht te krijgen in de kosten en effecten van behandelingen (kostenbewustzijn en kwaliteitsinformatie), ongewenste praktijkvariatie tegen te gaan, stringenter om te gaan met de toepassing van richtlijnen en te zorgen voor meer tegenkracht van de patiënt. Een hele reeks van verbeterpunten gericht op kwalitatief goede zorg die meerwaarde biedt voor patiënten, die partijen gezamenlijk en voortvarend aan willen

pakken. Het gaat niet om het veranderen van het stelsel, wel om verbeteringen binnen het stelsel.

- c. Het vergt een inspanning van alle partijen om deze veranderingen tot stand te brengen. In de eerste plaats vergt het van de professionals een systematische doorlichting van richtlijnen en protocollen die leidt tot een aanscherping en betere duiding wanneer zorg nuttig en noodzakelijk is en hoe deze zorg op gepaste wijze dient te worden verleend. Een programmatische aanpak is hierbij gewenst. Naast de medisch professional hebben ook de instellingen van medisch specialistische zorg een rol om de gevolgen van deze scherpere protocollering in hun organisatie te verwerken en de inhoudelijke en financiële voortgang ervan te bewaken. Voor de zorgverzekeraars zal het betekenen dat zij de zorginkoop en hun controles zodanig inrichten dat het gebruik van richtlijnen wordt bevorderd en zeker wordt gesteld dat zorg doelmatig en gepast wordt geleverd. Patiënten hebben een steeds belangrijker rol als gesprekspartner voor arts (keuze behandeling, gezamenlijke besluitvorming), voor de instelling (kwaliteit van zorg en dienstverlening) en voor de zorgverzekeraar (keuzes selectieve inkoop). Om deze rol goed te kunnen spelen is belangrijk dat patiënten in hun verwachtingen ten aanzien van zorgconsumptie worden voorgelicht over aanscherpingen in de toegang tot het verzekerde pakket. De NPCF en andere patiëntenorganisaties vervullen een ondersteunende rol in dit proces. Partijen realiseren zich terdege dat het bereiken van de doelstellingen in dit akkoord niet vanzelf en zonder 'pijn' zal verlopen.
- d. Om invulling te geven aan deze ambitie stellen partijen **voor 1 november 2013** de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch specialistische zorg op. De reacties op de "Buitenhofoproep" zullen hierin worden meegenomen. In deze agenda zullen in ieder geval de volgende onderwerpen zijn opgenomen:
1. een plan van aanpak van maatregelen (naar aandoeeningen) waarmee op korte en op lange termijn besparingen in de zorg te realiseren zijn door (niet uitputtend)⁵:
 - de toegang tot de zorg te beperken tot diegenen die daarop zijn aangewezen. Hier hoort bij het expliciteren van behandelingen die wel en niet geëigend zijn (gepast gebruik). Richtlijnen ondersteunen zorgverleners en gebruikers bij het maken van keuzes en spelen een belangrijke rol bij het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie en het bevorderen van gepast gebruik door een juiste toepassing van de indicatiestelling;
 - meer doelmatigheid te realiseren in voorschrijven en behandelen;
 - te komen tot uniformering in behandeling door praktijkvariatie in kaart te brengen;
 - doorontwikkeling en uitbreiding van kwaliteitsregistraties naar ketenbrede registraties en de koppeling met PROMs (zie 3.1.d.2);
 - voorkomen van upcoding en oneigenlijk gebruik (zie 3.1.g);
 - het verbeteren van kostenbewustzijn door begrijpelijke kostenoverzichten (zie 3.3c)
 - het verbeteren van kennis over zinnige zorg door klinisch evaluatieonderzoek, verbetering van transparantie over kwaliteit (o.a. via het instrument van de zorgkaart) en gezamenlijke besluitvorming (zie 3.3.b);
 - er voor te zorgen dat de juiste professional de zorg verleent door substitutie en taakherschikking (naar verpleegkundig specialisten en physician assistants) (zie 3.1.d.3);
 - E- health te implementeren waaronder het Persoonlijk Gezondheidsdossier (zie 3.6).
 2. de manier waarop het inzicht in en de vergelijkbaarheid van de geleverde zorg kan worden vergroot als randvoorwaarde voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Daarbij is van essentieel belang dat betere uitkomsten van zorg beloond gaan worden waarmee wordt toegewerkt naar betaling op basis van de behaalde resultaten van de behandeling. In dit verband is relevant dat ZKN het initiatief heeft genomen om te starten met patiënt

⁵ In dit verband zal worden bekeken of en op welke manier suggesties op het terrein van kwaliteit en doelmatigheid die verschillende organisaties hebben gedaan naar aanleiding van de 'Buitenhofoproep' om mee te denken over alternatieven voor de noodzakelijke pakketmaatregelen onderdeel van de agenda kunnen worden. Het CVZ zal waar mogelijk bekijken of afspraken van de werkgroep over doelmatigheid en kwaliteit een alternatief kunnen zijn voor pakketmaatregelen. Andersom kan vanuit de agenda van werkgroep een onderwerp opkomen dat zich leent voor doorlichting door het CVZ.

uitkomstmetingen (PROMs) in klinieken voor orthopedie, oogheelkunde, dermatologie en hand- en polschirurgie. Partijen onderschrijven het belang hiervan en de noodzakelijke bijdrage die de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda hieraan dient te leveren. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande systemen die aansluiten bij het primaire proces. In dit verband zal ook worden gekeken naar substantiële vermindering van het aantal kwaliteitskeurmerken.

3. afspraken over monitoring, zodat er periodiek zicht ontstaat op de voortgang bij de implementatie van de bestuurlijke afspraken. Partijen spreken daarnaast af dat zij gezamenlijk een monitoringsinstrument ontwikkelen, dat ten minste inzicht geeft in de mate van aantoonbare substitutie van zorg in de diverse vormen waarin zich deze kan voordoen, waaronder die van de tweede naar de eerste lijn, en het kader waarin de substitutie zijn beslag krijgt.⁶
- e. Partijen komen overeen dat binnen het integrale kader voor de ziekenhuiscare de gelden voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialistische zorg (SKMS) in de periode 2015 tot en met 2017 beschikbaar blijven. Daarnaast zullen in deze periode middelen beschikbaar komen voor de NPCF voor patiëntparticipatie.
- f. Partijen komen overeen dat de afspraken over doelmatig voorschrijven, zoals opgenomen in onderdeel 8 van het Convenant Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten worden voortgezet voor de looptijd van dit akkoord.
- g. De aanpak van fraude en oneigenlijk gebruik vergt een inspanning van alle bij dit akkoord betrokken partijen. **In september 2013** zal VWS een plan van aanpak naar de Tweede Kamer sturen dat de fraudeaanpak stevig intensificeert en waar het correct declareren van medisch specialistische zorg (de implementatie van de aandachtsgebieden uit het project PINCET) onderdeel van is.
- h. De academische component zal gedurende de looptijd van dit akkoord worden ingezet voor de huidige ontvangers. Als er besloten wordt tot het instellen van experimenten rond de bekostiging van topreferente zorg door algemene ziekenhuizen, zoals verwoord in de IBO-rapportage Universitair Medische Centra van maart 2012, dan zullen de middelen hiervoor aan de desbetreffende ziekenhuizen ter beschikking worden gesteld en niet ten koste gaan van de academische component en het kader medisch specialistische zorg. Eventuele experimenten vinden plaats in inhoudelijke samenhang met de werkzaamheden van de UMC's en/of NKI/AVL.

3.2 Invoering integrale bekostiging medisch specialistische zorg

- a. VWS, Orde en NVZ zijn in het convenant bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten transitie 2012 -2014 overeengekomen dat met ingang van 1 januari 2015 invoering van integrale tarieven voor medisch specialistische zorg plaatsvindt. De invoering van integrale bekostiging wordt onverkort doorgezet en zal ingaan per 2015. Door het integreren van het macrobudget voor de medisch specialisten met dat van de ziekenhuizen kunnen partijen de interne organisatie van de te leveren zorg beter afstemmen op de behoeften en wensen van patiënten. Dat komt de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg ten goede. De invoering van integrale tarieven draagt eraan bij dat de (financiële) belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten meer gelijkgericht worden.
- b. Partijen onderschrijven dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in het vrij beroep. De keuze voor vrij beroep of dienstverband wordt gemaakt door medisch specialist én instelling op basis van lokale en individuele afwegingen. NVZ, Orde, VWS en het ministerie van Financiën onderzoeken gezamenlijk de mogelijkheden. **Medio september 2013** zijn deze mogelijkheden in kaart gebracht. Bij het onderzoeken van de mogelijkheden is gelijkgerichtheid van belangen tussen instelling en medisch specialisten een belangrijk uitgangspunt. Dit is mede van belang om invulling te geven aan de ambitieuze doelstellingen zoals deze in dit akkoord zijn verwoord.

⁶ Wanneer aantoonbare substitutie leidt tot daadwerkelijke verschuiving van productie naar de eerste lijn, kan aanpassing van het financiële ziekenhuiskader plaatsvinden. Hierover zal vooraf overleg met de sector worden gevoerd. Dit laat onverlet dat die eerstelijnszorg geleverd kan worden door de ziekenhuisorganisatie (functionele benadering) en dus via de financiële kaders voor eerstelijnszorg tot de omzet van ziekenhuizen kan worden gerekend.

- c. Eveneens zullen middelen beschikbaar worden gesteld om de transitie naar integrale bekostiging te faciliteren. Partijen zullen voor **1 februari 2014** afspraken maken over de wijze waarop een objectieve en transparante toekenning van deze middelen kan plaatsvinden.
- d. In het kader van een zorgvuldige transitie naar integrale bekostiging zal in het op te stellen wetsvoorstel Normering Topinkomens, waarin de uitbreiding van de doelgroep wordt geregeld, opgenomen worden dat deze uitbreiding niet van toepassing zal zijn op medisch specialisten. Bestuurders blijven conform de huidige indeling onder de WNT vallen. Bij de consultatie in het kader van de WNT 2 zal aandacht besteed worden aan de gevolgen voor de continuïteit van de bedrijfsvoering en de besturing van de instelling.

3.3 Verbetering informatievoorziening

- a. Partijen zijn het erover eens dat het inzicht in de zorgkosten voor patiënten sterk verbeterd moet worden. Hiertoe spreken zij het volgende af:
- b. De Orde zet in samenwerking met ZonMw, de NPCF en de NFU een campagne 'verstandig kiezen' op waarbij ook patiëntenorganisaties een rol krijgen. Deze campagne gaat **in oktober 2013** van start. Deze campagne richt zich op het ontwikkelen en implementeren van instrumenten om te komen tot de beste behandeling op het juiste moment. Een element hierin betreft het verbeteren van inzicht in de zorgkosten in relatie tot de verwachte uitkomst, zodat patiënt en medisch specialist gezamenlijk de juiste keuze kunnen maken op het gebied van kwaliteit én zorgkosten.
- c. Om de patiënt/verzekerde meer inzicht te verschaffen wordt de zorgrekening verbeterd. Hiertoe hebben partijen uiterlijk **1 september 2013** gezamenlijk afspraken gemaakt over de noodzakelijke aanpassingen en het daarbij behorende tijdpad om tot een zorgvuldige invoering van een verbeterde zorgrekening te komen. Dit zal via de volgende stappen gebeuren.
 1. **In de eerste helft van 2014** zullen de zorgverzekeraars de zorgnota voor hun verzekerden verbeteren op basis van de informatie die zij nu al via de zorgdeclaratie ontvangen waaronder in ieder geval de diagnose. Ook zullen verzekeraars de informatie over de zorgnota verbeteren.
 2. Tevens zal de declaratie op de kortst mogelijke termijn worden uitgebreid waarbij partijen er maximaal naar streven deze wijziging in te laten gaan **per 1 januari 2014**. Hiertoe zullen de ICT-systemen bij de instellingen voor medisch specialistische zorg en de declaratiestandaard voor de gegevensuitwisseling met de zorgverzekeraars worden aangepast. Naast de technische specificaties moeten verschillende partijen ook de noodzakelijke ICT-capaciteit voor de gegevensuitwisseling uitbreiden. Deze aanpassing zal de zorgverzekeraars **vanaf uiterlijk medio 2014** (als de eerste DOT-zorgproducten gedeclareerd gaan worden) in staat stellen de zorgnota uit te breiden met informatie over daadwerkelijk aan de verzekerde geleverde zorgactiviteiten. Om deze stap te realiseren worden per 1 januari 2014 de volgende elementen aanvullend op de zorgdeclaratie en in de declaratiestandaard opgenomen:
 - de zorgactiviteitcode (in ieder geval zorgprofielklassen 1 t/m 7, 12, 14, 16, 17);
 - de datum waarop de zorgactiviteit plaatsvindt;
 - de zorgactiviteitsomschrijving.⁷
- d. **Voor 1 november 2013** zal een toets plaatsvinden op de privacyaspecten van de beschreven gegevensuitwisseling.
- e. Waar nodig zullen verzekeraars en aanbieders gezamenlijk afspraken maken over de benodigde verbeteringen van de afhandeling van klachten over declaraties.
- f. Doel van de verbetering in het administratieve proces is zowel de informatiestromen als de financiële stromen te versnellen. Voor de patiënt wordt hierdoor het beslag op het eigen risico eerder inzichtelijk. Partijen spannen zich in om **uiterlijk 1 november 2013** afspraken te maken over het sneller declareren en vergoeden van gesloten dbc-zorgtrajecten met ingang van 2014. Daarbij is het uitgangspunt dat de zorgaanbieders alle gesloten dbc's (behoudens uitzonderingen) binnen een maand na sluiting declareren en zorgverzekeraars de declaraties (behoudens uitzonderingen) binnen 1 maand na ontvangst betalen. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door afspraken te maken over het eerder in de keten uitvoeren van controles. Over

⁷ In november 2013 zal door partijen worden geëvalueerd hoe de implementatie van de afgesproken stappen op weg naar verbetering van de zorgrekening vordert.

de uitzonderingen en over de informatie-uitwisseling over de omvang daarvan worden nadere afspraken gemaakt.

- g. Doel van standaardisatie is meer transparantie te verkrijgen tegen lagere administratieve lasten. Het principe van bronregistratie, waarbij gegevens eenmalig worden vastgelegd voor meervoudig gebruik, biedt voor partijen in het zorgstelsel een goede mogelijkheid om administratieve lasten terug te dringen. Door duidelijke definities en standaarden te hanteren, en door bestaande standaarden waar mogelijk breder te benutten, wordt het bovendien mogelijk om de uitwisseling van informatie tussen de partijen op een efficiënte manier vorm en inhoud te geven. Standaarden als ICD-10, Snomed en Standard Business Reporting (SBR) bieden hiertoe mogelijkheden. VWS zal vanaf najaar 2013 partijen periodiek samenbrengen om hierover afspraken te maken. Daarbij worden ook de al bestaande initiatieven betrokken, zoals het project eenmalige registratie aan de bron van de NFU. Partijen zullen zich hierbij actief opstellen.

3.4 Proces contractering/gelijk speelveld

a. Gelijk speelveld

Partijen onderschrijven het belang van keuzevrijheid voor patiënten, en een gelijk speelveld tussen alle zorgaanbieders. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars contracteren vanaf 2013 op individuele basis. Uitgangspunt daarbij is een gelijk speelveld tussen zorgaanbieders. Dat betekent geen gelijke uitkomst, maar wel een gelijke startpositie. Daartoe moet een aantal randvoorwaarden worden vervuld:

1. Gelijkwaardige aanbieders (bestaande en nieuwe) moeten een gelijkwaardige toegang hebben tot de verdeling van middelen;
2. Informatie over de *de facto* ingekochte zorg moet vóór 19 november van jaar t-1 beschikbaar zijn voor patiënten;
3. Inkoopbeleid en inkoopproces moeten open en transparant zijn, evenals de wijze waarop gebruik gemaakt kan worden van de mogelijkheid tot bevoorschotting, mede in relatie tot de afspraken die hierover met de bank worden gemaakt.

Dit betekent voor het inkoopbeleid:

- gelijktijdige publicatie van het inkoopbeleid voor alle aanbieders;
- verschillende aanbieders kunnen op hetzelfde moment een aanbod bij zorgverzekeraars doen;
- gelijke eisen voor gelijke zorg.

Een gelijk speelveld en prestatiebekostiging dienen bij te dragen aan hoogstaande zorg. Aanbieders bieden efficiënte en kwalitatief goede zorg en kunnen hier op altijd getoetst worden door de zorgverzekeraars.

b. Versnelling contracteercyclus

Partijen committeren zich aan het versnellen van het proces van inkoop waaronder begrepen de afwikkeling van de contracten. Voor 2014 streven partijen er naar de inkoopcyclus vóór 19 november 2013 af te ronden. Voor 2015 en verder zal de inkoopcyclus vóór 19 november van het jaar t-1 afgerond zijn. Verzekeraars informeren hun verzekerden op 19 november over het op dat moment gecontracteerde zorgaanbod. VWS neemt het voortouw voor een tijdelijk met een overzicht van wat er door wie wanneer gereed moet zijn voor de inkoop in 2014 voor het jaar 2015. Deze tijdelijk is **in september 2013** gereed.

c. Selectieve zorginkoop / artikel 13 / restitutie

1. Voor het realiseren van de doelstellingen van dit akkoord is van doorslaggevend belang dat verzekerden en patiënten/cliënten over de mogelijkheden beschikken om verantwoord te kunnen kiezen tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars. Dat vergt een transparant en duidelijk overzicht van verzekeringspolissen waaruit jaarlijks een keuze kan worden gemaakt. Daarbij dient het onderscheid tussen restitutie- en naturapolissen glashelder te zijn. Als de verzekerde kiest voor een naturapolis, waarbij zijn verzekeraar selectief op prijs en kwaliteit kan inkopen, moet hij kennis kunnen nemen van de inkoopcriteria van zijn verzekeraar en moet hij tijdig weten welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. En als de verzekerde ervoor kiest om naar een niet gecontracteerde aanbieder te gaan moet klip en klaar zijn welke vergoeding daarvoor geldt. Daarvoor is ook nodig dat prijsinformatie over het

zorgaanbod voor de verzekerde beschikbaar is. Voor de verzekeraar is van belang dat hij de vrijheid heeft om vast te stellen welke vergoeding er geldt bij niet-gecontracteerde zorg. Daarbij mag van de verzekeraar verwacht worden dat hij ook op dit punt een open, transparant en evenwichtig inkoopbeleid voert, opdat zorgaanbieders tijdig weten waarop zij kunnen rekenen, en zo nodig maatregelen kunnen treffen als zij niet (volledig) worden gecontracteerd.

2. De NZa dient hier effectief toezicht op te houden. Dat geldt ook voor de zorgplicht van de zorgverzekeraar, die er toe gehouden is ook bij selectief contracteren zorg te dragen voor voldoende keuzemogelijkheden op regionaal niveau, opdat verzekerden een andere keuze kunnen maken als de relatie met hun zorgverlener niet optimaal is. Het gestelde onder artikel 3.4(a) van dit akkoord met betrekking tot gelijk speelveld en keuzevrijheid voor patiënten heeft onverkort betrekking op de toepassing van artikel 13 Zvw.
3. Aan verzekerden zal bij het aanbieden van de polis het verschil tussen de naturapolis en de restitutiepolis worden toegelicht zodat er sprake kan zijn van een weloverwogen keuze.
4. Een en ander wordt geborgd met het thans in behandeling zijnde wetsvoorstel tot aanpassing van artikel 13 Zvw. Voor zorgverzekeraars is deze aanpassing van artikel 13 een noodzakelijke voorwaarde om de ambities van dit akkoord te kunnen realiseren.
5. Indien dit wetsvoorstel wordt aangenomen ontstaat een transparante polismarkt, en weten patiënten, aanbieders en verzekerden tijdig (voor 19 november) waar zij minimaal op kunnen rekenen.⁸ Alsdan zal de restitutiepolis in de basisverzekering gehandhaafd blijven.

3.5 Onderzoek beheerste introductie zorgvoorzieningen

Partijen spreken af dat zij **uiterlijk 1 juli 2014** hebben onderzocht hoe dure zorgvoorzieningen op een beheerste wijze geïntroduceerd kunnen worden waarbij rekening wordt gehouden met bestaand instrumentarium, zoals de WBMV.

3.6 E-health

E-health biedt kansen voor het verhogen van de kwaliteit van zorg en het verlagen van de kosten. Alleen door commitment aan gezamenlijk geformuleerde doelstellingen en activiteiten kunnen barrières geslecht worden die de inzet op nationale schaal van e-health nu nog in de weg zitten. Partijen gaan **voor 1 januari 2014** samen bepalen hoe ze de potentie van e-health de komende jaren gaan benutten.

⁸ Waar nodig zullen uitvoeringsafspraken worden gemaakt voor lopende behandelingen, in de situatie dat een verzekerde met een naturapolis onder behandeling is bij een zorgaanbieder, die voor het daaropvolgende jaar niet langer door de verzekeraar wordt gecontracteerd.